
BIBLIOTH. COLL. REG. MED. EDIN.


R.C.P. EDINBURGH LIBRARY
R26650X0236

DOCUMENTS

SUR

L'HYSTÉRECTOMIE

ABDOMINALE

TOTALE

POUR FIBROMYOMES UTÉRINS

DOCUMENTS

SUR

L'HYSTÉRECTOMIE

ABDOMINALE

TOTALE

POUR FIBROMYOMES UTÉRINS

Avec 15 figures intercalées dans le texte.



PARIS,
J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille.

LILLE,
L. QUARRÉ, ÉDITEUR,
64, Grand'Place.

1896.

PRÉFACE.

L'hystérectomie abdominale totale est une opération nouvelle. Il est donc juste qu'elle soit un sujet de controverses.

Je remercie tous ceux de mes contradicteurs qui se sont placés sur le terrain scientifique : ils ont avancé la question, en lui donnant l'appui de quelque progrès, ou de leur maturité de jugement.

Un seul m'a été signalé sur un terrain, qui n'est plus scientifique ; — je ne l'y suivrai pas ; — le lecteur curieux pourra lire une leçon, que j'ai donnée « sur la prudence en thérapeutique. » Je m'y suis placé sur le terrain des principes : j'y reste fidèle ; et je persiste à écarter les questions personnelles. La controverse, qui m'est signalée, veut être une injure ; elle n'est qu'une vengeance : il m'est facile de pardonner la première ; je méprise la seconde.

Les documents reproduits dans ces pages sont destinés à renseigner les hommes de bonne foi. Ils sont, depuis un temps variable, tombés dans le domaine public.

Les dates sont faciles à vérifier.

Les récits de plusieurs des premiers faits, sont de nature à intéresser quelques-uns de ceux, qui ont une part de responsabilité dans la décision d'une opération aussi importante que l'hystérectomie abdominale totale.

Ayant pris position dans la question, je ne crois pas devoir m'en désintéresser au moment où elle est d'actualité.

Septembre 1895.

Fr. Guermonprez.

INTRODUCTION

par le Docteur Alf. Plouvier, d'Artres (Nord).

Les fibromyomes utérins, par leur constitution histologique, sont des tumeurs essentiellement bénignes ; mais, par leur siège, leur accroissement rapide et excessif, ils exposent à des accidents et complications redoutables.

Cette gravité n'est guère contestée aujourd'hui, malgré l'assertion de Verneuil au *Congrès français de chirurgie* (séance du 7 avril 1893) : « D'une façon générale, écrit-il, on peut dire que la mort par fibromes utérins est tout à fait rare ; et, pour mon compte, je n'ai jamais vu une femme mourir d'hémorrhagies consécutives à un fibrome. » Mais l'hémorrhagie n'est pas le seul accident qu'on puisse observer dans l'évolution des fibromes ; et MM. Kœberlé et Péan en ont fourni des preuves devant la même Société savante.

Outre l'hystérie, l'hypochondrie, la folie, accidents assez fréquents, M. Péan a signalé six cas de suicide ou tentative de suicide provoqués par des souffrances datant d'un à dix ans. Il faut encore signaler l'éclampsie, la paraplégie, l'obstruction intestinale, la rétention d'urine, la phlébite des membres inférieurs et les embolies si souvent relatées. — De plus, les névralgies, métrorrhagies, péritonites, hématocèles, vomissements, anémie, inanition sont des complications tellement communes, qu'elles constituent de véritables symptômes. (Péan, *Congrès français de chirurgie*, 4 avril 1893).

Enfin, la transformation en tumeurs malignes a été observée plusieurs fois.

On le voit donc, la bénignité des fibromyomes est très relative ; et certes, on peut adopter la conclusion suivante de M. Péan : « Les fibromes du corps de l'utérus, lors même qu'ils ne sont pas très volumineux, sont des tumeurs dangereuses, qui donnent souvent lieu à des complications graves et qu'il faut opérer dès qu'elles sont reconnues. » (*Loc. cit.*).

D'un autre côté, il est aujourd'hui prouvé que la ménopause n'a pas toujours, sur les fibromes, l'action bienfaisante qu'on lui attribuait jadis.

Il faut donc opérer ces tumeurs le plus vite possible ; dans ces pages nous laisserons de côté l'électricité et tous les moyens médicaux plus ou moins vantés.

Nous ne parlerons pas davantage de la castration ovarienne, de plus en plus délaissée d'ailleurs, et qui n'a guère donné que des résultats incomplets ou nuls.

Les procédés opératoires, qui s'adressent directement à la tumeur sont les seuls que nous ayons en vue.

Ces procédés sont nombreux, variés ; mais ils peuvent être divisés en deux grandes classes bien distinctes : — les ablations totales — et les ablations partielles.

L'amputation de tout l'organe malade est le procédé qui, à première vue, semble le plus satisfaisant et le plus pratique ; c'est celui qui est toujours employé quand l'intervention est possible par le vagin ; — mais, pour les grosses tumeurs, remontant au-dessus de l'ombilic, plus ou moins adhérentes et nécessitant la laparotomie, les difficultés opératoires sont grandes ,...... et certains chirurgiens préfèrent s'en tenir aux amputations partielles.

Mais alors, il faut faire un pédicule, qu'on rentrera dans le ventre ou qu'on fixera à la paroi ; et, dans les deux cas, surgissent de sérieux inconvénients. « Le traitement du pédicule est l'objet de toutes les préoccupations du chirurgien, écrit

M. Le Bec. C'est pour se mettre en garde contre les dangers qui résultent de la présence de ce pédicule, que l'on a imaginé les deux procédés intra et extra-péritonéal. Or, il faut bien l'avouer, tous les deux ont leurs dangers (1) ».

Le traitement *extra-péritonéal* du pédicule est très long ; — il prédispose aux éventrations. — Il est quelquefois péniblement supporté et peut déterminer des douleurs, soit parce que la paroi est tiraillée au niveau de la cicatrice, soit par suite de la formation d'adhérences épiploïques ; — ces adhérences peuvent même amener des accidents comparables à ceux déterminés par les adhérences épiploïques dans les hernies inguinales. — La formation de fistules utéro-abdominales a été signalée. — Ce procédé ne met pas à l'abri de la septicémie ; — et, comme l'autre, il rend les récidives possibles. — Enfin, dans certains cas de fibromes pelviens, la brièveté du pédicule rend la méthode impraticable. « En somme, écrivent MM. Bonnet et Petit, ce procédé est peut-être le plus imparfait (2) ».

Quant à la méthode *intra-péritonéale*, théoriquement beaucoup plus acceptable, elle expose à de terribles dangers. Ce sont d'abord les hémorrhagies primitives ou secondaires par suite du relâchement du lien constricteur ; c'est ensuite la septicémie par gangrène septique du moignon. — Plus tard peuvent s'observer d'autres accidents : le lien constricteur peut ne pas toujours rester enkysté ; il s'élimine alors, au bout d'un temps plus ou moins long, par le col, le vagin, le rectum ou la vessie. « Or, ce travail éliminateur a été suivi, dans un certain nombre de cas, de péritonites mortelles ». (Olshausen, Czerny, Hégar). (Bonnet et Petit, p. 750). — Enfin, on a observé des cas, dans lesquels le moignon était

(1) Le Bec. — *Congrès français de chirurgie*, 7 avril 1893.

(2) Bonnet et Petit. — *Traité pratique de gynécologie*. Paris, 1894, p. 749.

tombé en arrière sur le rectum, assez pour le comprimer ; il peut même contracter des adhérences avec l'épiploon, former des brides capables de donner lieu à des phénomènes d'étranglement interne : Billroth, Péan, Hégar en ont rapporté des exemples. — Péan et Wood ont par ailleurs observé des faits de perforation intestinale.

Tels sont les inconvénients de la conservation du pédicule.

Or, ce moignon est au moins inutile, souvent dangereux. « Je n'en veux pour preuve, écrit A. Reverdin, que le soin jaloux, avec lequel on s'efforce de l'amoindrir par tous les moyens possibles. On l'évide, on le creuse, on le réduit par des sutures profondes et superficielles ; on l'écrase dans des anses métalliques ou dans des liens de caoutchouc.

» Le désir de se débarrasser de lui en le mettant à la porte de la cavité péritonéale, voire même de l'abdomen, est tel, que, non content de le fixer dans la plaie, ou de le recouvrir avec la séreuse, on a proposé de le faire basculer dans le vagin en ouvrant le cul-de-sac de Douglas !

» Toute la chirurgie relative à l'hystérectomie évolue depuis des années autour de ce malheureux pédicule ; et sa préoccupation constante est toujours de se protéger contre lui. » (1)

Il est beaucoup plus simple et plus rationnel, dans ces conditions, de supprimer le pédicule, de pratiquer une hystérectomie totale.

C'est d'ailleurs à cela qu'en arrivèrent les chirurgiens ; et Bardenheuer, le premier, en 1882, compléta une hystérectomie abdominale partielle par l'ablation vaginale du pédicule.

Martin, de Berlin, pour gagner du temps et éviter l'infection, confiait à un assistant cette opération complémentaire.

On verra plus loin les différents procédés employés pour l'hystérectomie totale. Ces procédés sont nombreux, très variés dans les détails : chaque chirurgien semble prendre à

---

(1) A. Reverdin. — *Congrès français de chirurgie*, 7 avril 1893, p. 127.

cœur d'apporter une modification aux procédés employés par ses devanciers, comme pour y trouver un prétexte à une publication sur la question.

Mais en somme tous ces procédés, si l'on ne tient pas compte de quelques détails, peuvent être ramenés à trois. — Les deux premiers se pratiquent en deux temps, un temps abdominal et un vaginal. Suivant qu'on commence l'opération par l'abdomen, ou par le vagin, on a l'hystérectomie totale abdomino-vaginale, ou l'hystérectomie totale vagino-abdominale. — Dans un troisième procédé, l'extirpation se fait entièrement par l'abdomen, c'est l'hystérectomie abdominale totale.

« L'extirpation *totale en deux temps*, écrit M. A. Reverdin, conduit sans doute au résultat : la suppression du pédicule, mais au prix de quels efforts !

» Quel dérangement, quelles évolutions, après une première opération déjà longue et difficile !

» Il faut déplacer la malade, chercher le col, l'attirer, le circonscrire par une incision, parer à l'hémorrhagie, etc.

» On conviendra qu'il est bien préférable, si la chose est possible, d'achever l'opération par la voie déjà ouverte, plutôt que de tourner la difficulté en attaquant par le vagin.

» Cette opération en deux temps est, au pis aller, une ressource, à laquelle on pourra songer s'il n'est pas possible de s'en tirer autrement.

» L'espoir d'enlever l'utérus en totalité par l'abdomen a toujours hanté le cerveau des chirurgiens. » (1)

Il est certain que l'extirpation totale par l'abdomen est le procédé idéal, le procédé de choix, lorsque l'extirpation par la voie vaginale est impossible. C'est le procédé d'avenir et les chirurgiens l'emploient et le recommandent de plus en plus, ainsi que le prouvent les publications les plus récentes (1895).

---

(1) A. Reverdin. — *Loc. cit.*, p. 127.

Une preuve nouvelle en a été donnée le 25 avril 1895. M. L. G. Richelot faisait, à la Société de Chirurgie de Paris, une communication sur un procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins.

Le 5 juin suivant, M. Ricard fait, devant la même Société, une communication sur l'hystérectomie abdominale totale. « L'idéal, à mon avis, écrit M. Ricard, ne peut pas être atteint à l'aide des procédés, dans lesquels ont agit alternativement par la voie abdominale et par la voie vaginale, s'exposant ainsi à contaminer le péritoine, malgré tout le soin qu'on a pu apporter à désinfecter le vagin. Et, de même que, pour les fibromes de moyen volume, j'accorde la préférence à l'hystérectomie vaginale ; de même je n'hésite pas, pour les très gros fibromes, à considérer l'hystérectomie totale par la voie abdominale pure comme étant la méthode de choix, sur laquelle l'accord se fera dans un avenir prochain. »

M. Quénu est également d'avis que cette opération a un très grand avenir, en raison surtout des dangers de l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe.

Tous les avantages du procédé « abdominal total » ont d'ailleurs été remarquablement exposés dans les thèses de Le Moniet et Guinebertière ; et les statistiques données par ces auteurs accusent une mortalité bien inférieure à celle observée avec les autres procédés. (1)

On verra plus loin toutes les variations apportées dans l'acte opératoire par les différents chirurgiens.

Ce qu'il importe d'en retenir, c'est que l'hystérectomie abdominale totale, (lorsque l'hystérectomie vaginale est impraticable), est la méthode de choix. Mais, comme M. Ricard, nous croyons qu'il faut être très éclectique au point de vue du

---

(1) Le Moniet. — *Hystérectomie abdominale totale*, thèse de Paris, 1894.
Guinebertière. — *Contribution à l'étude de l'ablation des corps fibreux de l'utérus*, Paris, novembre 1894.

procédé. Les détails de manuel opératoire peuvent être utilisés avec avantage dans certaines circonstances, sans qu'on doive pour cela en généraliser l'application.

Quelques modernes semblent vouloir attribuer aux chirurgiens étrangers tout le mérite de cette opération.

Certes, on ne peut oublier les noms de Freund, Bardenheuer, Martin ; mais il faut se rappeler aussi que M. le Dr Péan, un des premiers, fit l'ablation totale ; il abandonna ensuite la voie exclusivement abdominale pour la voie combinée.

Mais c'est à M. Guermonprez, que revient le mérite d'avoir, le premier, rappelé l'attention sur les indications de l'hystérectomie abdominale totale dans les tumeurs fibreuses (1). C'est de la communication de M. Guermonprez à l'*Académie de médecine de Paris,* (15 et 22 septembre 1891,) que datent les principaux travaux français sur cette question. Trois observations venaient appuyer et compléter cette communication. Ces observations ont été minutieusement étudiées, disséquées si l'on peut dire par M. le Dr Doyen (de Reims), qui voulait absolument démontrer, dans un cas, que l'opération n'était pas nécessaire, et dans un autre, que l'opération avait été mal faite. M. le Dr Doyen, qui semble avoir une habileté remarquable, eût peut-être opéré plus vite et mieux ; mais, s'il a une habileté opératoire supérieure, il a aussi des procédés de polémique, qui ne sont pas ordinaires. On n'est pas habitué à voir mettre en doute, d'une manière aussi absolue, les affirmations d'un confrère, alors surtout que celui-ci a le témoignage d'un certain nombre d'aides présents à l'opération. M. Doyen fait d'ailleurs intervenir, dans la discussion, des considérations absolument étrangères à la question, ce qui fait songer à une vengeance personnelle : l'intérêt chirurgical pratique lui est

---

(1) Gross, Hystérectomie abdomino-vaginale et hystérectomie abdominale totale pour fibromyomes utérins. — *Semaine médicale*, 25 février 1893, p. 89.

tout à fait secondaire. Aussi, croyons-nous qu'il n'y a pas lieu de s'y arrêter davantage.

Dans le cours de nos études, nous avons été assez heureux pour assister à quatre opérations récentes d'hystérectomie abdominale totale pratiquées par M. Guermonprez.

Les quatre opérées ont guéri.

Le procédé employé est celui qui a été décrit à l'Académie de médecine en 1891. Il n'est donc pas nouveau ; mais ces quatre nouveaux succès montrent bien que, malgré les dires de M. Doyen, le procédé n'est pas mauvais; et toutes les publications récentes prouvent mieux l'importance de cette question ; nous avons cru pouvoir en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Lille, 16 juillet 1895.

NOTIONS HISTORIQUES

par le Docteur F. DUVAL, de La Capelle (Aisne).

L'histoire de l'hystérectomie, — bien exposée dans le travail de MM. Péan et Urdy (*Hystérotomie*, Paris, 1873), et dans la thèse d'agrégation de M. Pozzi, — peut être partagée en trois périodes.

La première, que l'on serait tenté d'appeler *période de surprise,* s'étend jusqu'en 1843. Un chirurgien ouvrait un ventre, croyant trouver un kyste ovarien ; et il avait affaire à une tumeur fibreuse. Il s'empressait de refermer l'abdomen, n'osant entreprendre une opération inconnue. Tels sont les cas de Lizars, en 1825 ; de Dieffenbach, en 1826 ; et plus récemment d'Atlee, de Backer-Brown, de Cutter, de Deane, de Mussey, de Smith, de Parkmann.

La seconde, que l'on peut qualifier de période *d'essais* et de *tâtonnements*, va jusqu'en 1863. Repoussée en France par la majorité des chirurgiens et par l'*Académie de médecine*, (sous réserves, il est vrai), l'hystérectomie s'accrédite de plus en plus en Amérique. Les chirurgiens qui, par erreur de diagnostic, rencontrèrent après la laparotomie une tumeur utérine, s'enhardirent et tentèrent une opération neuve : ils durent

improviser, pour ainsi dire séance tenante, les divers temps opératoires, et cela, sans instruments spéciaux. L'opération de Ch. Clay et celle de Heath de Manchester, (faites en 1843, à quelques mois de distance : celle de Clay, au mois d'août et celle de Heath, au mois de novembre), furent les premières ; elles furent l'une et l'autre de véritables méprises. « L'un de » ces faits peut cependant être porté à l'actif de l'hystérectomie. » En effet, la malade de Clay vécut jusqu'au quatorzième » jour ; et la péritonite, à laquelle elle succomba, fut occa- » sionnée par la maladresse de sa garde-malade, qui la laissa » tomber par terre en la changeant de lit. » (S. Pozzi.)

Le premier succès fut obtenu par M. Burnham (juin 1853) : il s'agissait d'une tumeur myomateuse de l'utérus avec altération des deux ovaires. — C'est à ce titre, et surtout parce que cette opération est la première où l'utérus fut enlevé en totalité par l'abdomen, que nous en donnons la relation d'après MM. Péan et Urdy. (*Nelson's american Lance*, 1854 ; *Lyman's Report*, Boston, 1856).

Il s'agissait d'une femme âgée de quarante-deux ans. — Le début de la tumeur remontait à six ans. — Les médecins, qui la virent à cette époque, crurent à une affection de l'ovaire gauche ; mais ce diagnostic ne fut qu'incomplètement adopté par Burnham. Cet opérateur fit une incision sur la ligne blanche allant de la symphyse pubienne à deux centimètres au-dessus de l'ombilic. Il trouva les deux ovaires malades ; il existait, en outre, une tumeur fibreuse implantée sur le fond de l'utérus, ainsi que plusieurs autres développées dans l'épaisseur même de l'organe. Il n'y avait que fort peu d'adhérences. Burnham commença par jeter une ligature sur chacun des pédicules de la tumeur fibreuse et des kystes ovariques. Ces trois tumeurs une fois excisées, *l'utérus fut séparé jusqu'au dessous du point où le col s'unit avec le vagin.* Les deux artères utérines furent liées. Les accidents qui survinrent à la suite de l'opération firent craindre un instant pour la vie de

l'opérée ; il y eut une inflammation violente ; et la suppuration s'établit par le vagin, aussi bien qu'à travers la plaie faite aux parois de l'abdomen. Néanmoins la malade put se lever dès le trente-cinquième jour.

Après cette opération demeurée célèbre, viennent par ordre de date celles de Peaslee (1855), Kimball (1855), Boyd (1856), Sp. Wels (1859), Sawyer (1860).

Enfin, la troisième période, période contemporaine ou vraiment méthodique, commence avec le cas de M. Kœberlé (avril 1863), qui, le premier, de *propos délibéré,* en présence d'un diagnostic douteux, se dispose à parer aux événements et se voit obligé de recourir à l'amputation sus-vaginale de la matrice. — En 1866 et à trois reprises différentes, M. Kœberlé, sûr alors de son diagnostic, pratique hardiment l'opération. C'est donc à ce chirurgien français, que revient l'honneur d'avoir le premier pratiqué d'une façon *vraiment chirurgicale* une hystérectomie.

En 1869, M. Péan présentait à l'Académie de médecine une malade, chez laquelle il avait fait cette même opération. Le premier il ordonnançait une méthode avec ses règles et ses préceptes et concluait à cette opération, la trouvant indiquée dans une série de cas nettement déterminés.

Cependant, nous rappellerons qu'appelée à examiner deux mémoires sur ce sujet, ceux de MM. Kœberlé et Boinet, l'*Académie de médecine,* par l'organe de Demarquay, son rapporteur, conclut au rejet de l'opération, tout en adoptant les réserves proposées par le professeur A. Richet.

Cette quasi-réprobation fut impuissante à enrayer toutes les hardiesses les plus entreprenantes ; et il est impossible de ne pas reconnaître que les résultats de M. Péan ont donné une vive impulsion à la propagation de cette audace chirurgicale.

C'est par centaines que se comptent aujourd'hui les opérations pratiquées en France, en Russie, en Amérique, en Angleterre, en Allemagne, etc.

Actuellement l'hystérectomie a une place déterminée parmi les grandes opérations de la chirurgie abdominale ; et les meilleurs gynécologistes, français comme étrangers, ne discutent plus que sur un seul point : le traitement du pédicule.

Les premiers opérateurs se servaient d'une méthode mixte. Ils rentraient, il est vrai, le pédicule dans la cavité abdominale ; mais ils faisaient glisser par l'angle inférieur de la plaie, restée ouverte, des ligatures longues ou des instruments destinés à entourer le pédicule.

Aujourd'hui, l'on s'ingénie à trouver le meilleur mode de traitement du pédicule dans les méthodes extra-péritonéale et intra-péritonéale ; et à établir les indications de chacune de ces deux méthodes.

D'autres chirurgiens, frappés du danger inhérent à la conservation du col, se demandent s'il n'y aurait pas avantage à le supprimer.

De cette controverse sont nées deux méthodes:

1° celle de la double hystérectomie (abdominale et vaginale); elle a surtout eu pour défenseur A. Martin, de Berlin ; elle a été plusieurs fois mise en pratique en Allemagne et en Amérique (Trendelenburg, Chrobak, Boldt, Gersung, Dixon Jones, Veit, T.-G. Crafford) ; elle a aussi été employée plusieurs fois en France par M. Péan et une fois par M. Bouilly chez une malade atteinte d'un cancer du col et d'un fibrome du corps ; elle a été préconisée enfin par M. le docteur Rouffart, agrégé de Bruxelles et par M. le docteur P. Goullioud, de Lyon.

2° celle de l'*hystérectomie abdominale totale,* employée par A. Martin, Chrobak, et Bardenhauer (en Allemagne) ; et, dans ces derniers temps, par M. Guermonprez, qui en a fait l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine. (séances du 15 et du 22 septembre 1891).

26 Juillet 1892.

SUITE DU MÊME SUJET

par le Docteur Alf. Plouvier, d'Artres (Nord).

Nous n'aurons en vue, comme il a été dit dans l'Introduction, que les faits d'hystérectomie abdominale *totale en un seul temps*.

L'histoire des hystérectomies en deux temps, c'est-à-dire des procédés vagino-abdominal et abdomino-vaginal, est remarquablement exposée dans les thèses de MM. Le Moniet et Guinebertière (Paris 1894).

Burnham (juin 1853) paraît avoir pratiqué le premier l'ablation totale de l'utérus par la voie abdominale, pour fibromyome. (page 16). (1)

---

(1) Burnham. — *Nelson's American Lancet*, 1854. *Lyman's Report*. Boston, 1856. — Cf. *Thèse* Duval. Paris, 1892.

En France, le premier cas d'hystérectomie abdominale totale appartient à M. Péan. La malade fut présentée à l'Académie de médecine le 4 septembre 1869, et l'observation parut dans l'*Union médicale* en décembre de la même année ; — mais ce chirurgien abandonna plus tard ce procédé pour l'abdomino-vaginal, qu'il tient pour supérieur à tout autre.

A l'inverse de M. Péan, Martin (de Berlin), après avoir employé le procédé abdomino-vaginal, en arrive à ne pratiquer que l'hystérectomie abdominale totale.

Parmi les chirurgiens étrangers, il faut encore citer Stimson, qui eut 5 succès sur 7 cas (1), Crafford, qui pratiqua l'opération une fois avec succès (2), et Bossi, qui perdit son opérée le 5e jour de septicémie (3).

Enfin Chrobak (de Vienne), en 1891, décrivit un nouveau procédé, perfectionné dans la suite. En 1893, il publie une statistique de 20 cas sans un seul insuccès (4).

En France, cette opération n'était plus pratiquée ; aucun fait n'avait été publié depuis la communication de M. Péan en 1869.

C'est à M. Guermonprez, que revient le mérite incontestable d'avoir rappelé l'attention sur les indications de l'hystérectomie abdominale totale dans les tumeurs fibreuses. Dans deux communications à l'*Académie de médecine*, les 15 et 22 septembre 1891 ; et, dans la thèse d'un de ses élèves, M. Duval,

---

(1) Stimson. — *New-York medical journal*, nov. 1888, cité pap Boldt. Cf. Guinebertière.

(2) Crafford. — *The American journal of obstetvics*, mai 1889.

(3) Bossi. — *Gazetta degli ospedali*, 1891, juillet, p. 551.

(4) Chrobak. — *Centralblat für Gynækologia*, 1891, n° 9, p. 109-175 et 1893, n° 20, p. 465-473.

(Paris, 1892), il a décrit et préconisé un nouveau procédé opératoire, avec trois observations à l'appui.

A partir de ce moment, les publications sur ce sujet vont se multipliant.

Le 12 juillet 1892, M. Lannelongue présentait, à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie de Bordeaux*, la relation d'un cas d'hystérectomie abdominale totale dans lequel il avait employé le procédé de M. Guermonprez. Il considère ce procédé comme beaucoup plus simple et plus avantageux que celui de M. Péan.

En décembre 1892, M. Doyen (de Reims) a publié un nouveau procédé, employé par lui dans onze cas de tumeurs fibreuses. Le procédé qu'il décrit, et sur lequel nous reviendrons plus loin, n'est malheureusement pas exclusivement abdominal : l'ablation des annexes se fait secondairement par le vagin (1).

Polk (2), en 1892, opérait suivant un procédé, qui se rapproche beaucoup de celui de Martin, de Vienne. Il n'eut que deux insuccès sur 11 cas.

C'est en 1892, également, que furent publiés les faits de Cragin (3), Price (4), Lennander (5).

Le 25 février 1893, M. F. Gross, professeur à la faculté de médecine de Nancy, publie dans la *Semaine médicale*, une revue d'ensemble sur la question. Il décrit minutieusement les différents procédés de Martin, Guermonprez, Doyen, et estime que la méthode doit être prise en sérieuse considération. Il insiste surtout sur la part qui revient à M. Guermonprez dans

---

(1) Doyen. — *Archives provinciales de chirurgie*, Paris décembre 1892.

(2) Polk. — *American journal of obstétrics* 1892, t. 26, p. 726.

(3) Cragin. — The American journal of obstétrics 5 avril 1892.

(4) Price. — *Idem*, 1892, t. 26.

(5) Lennander (Upsal). — *Centralblat für Gynaekologie 1893*, n° 36, p. 871.

l'application de cette méthode ; et c'est parce que les auteurs actuels semblent l'oublier que nous y insistons à notre tour.

En 1893, la question des tumeurs fibreuses de l'utérus fut mise à l'ordre du jour du *Congrès français de chirurgie*, et elle y fut longuement discutée.

Au sujet de l'évolution de ces tumeurs et des indications opératoires, on remarque tout d'abord les noms de M. Kœberlé et de M. Péan. Avec sa compétence habituelle, ce dernier chirurgien a insisté sur la gravité des fibromes, qui, même peu volumineux, doivent être enlevés dès qu'ils sont reconnus.

M. H. Dalagénière, (du Mans), dit avoir pratiqué trois fois l'hystérectomie abdominale totale avec deux succès. Il se servait pour attirer, soutenir, mouvoir la tumeur, d'une sorte de *tire-bouchon à hélice* terminé par un anneau. Cet anneau était saisi, soit par les doigts de l'aide, soit au moyen d'un crochet que l'on pouvait, en cas de besoin, adapter à une paire de moufles. Dans un travail, paru en 1894 dans les *Archives provinciales de chirurgie*, le même auteur décrit un nouveau procédé ; et il rapporte un seul cas de mort. Il insiste tout particulièrement sur l'utilité de son tracteur et du plan incliné dans ces opérations.

Parmi les communications faites au *Congrès français de chirurgie* en 1893, il faut encore signaler celle de M. Goullioud (de Lyon), qui, après avoir fait, dans un premier cas, une hystérectomie abdomino-vaginale, eut ensuite recours avec succès au procédé abdominal total.

M. A. Reverdin (de Genève) rapporte deux observations d'hystérectomie abdominale totale, en un temps, pratiquée avec succès. Il rejette l'hystérectomie en deux temps, qu'il considère comme un pis aller, une ressource à laquelle on pourra songer s'il n'est pas possible de s'en tirer autrement. Il décrit un procédé, imaginé par lui, qui facilite beaucoup le temps de dégagement de la tumeur. Il fixe sur celle-ci une grande et forte pince à plusieurs dents, une sorte de forceps, dont on accroche les anneaux à une corde qui passe sur une poulie fixée au pla-

fond. La corde de traction est manœuvrée par un aide, à une certaine distance de la table opératoire, qu'on mobilise en tel ou tel sens, de façon à donner à la tumeur la direction voulue.

M. Largeau (de Niort) n'eut qu'un seul succès sur les trois cas rapportés par lui au Congrès.

En 1893, l'hystérectomie abdominale totale est pratiquée beaucoup aussi à l'étranger, mais particulièrement par des chirurgiens anglais et américains. Il nous suffira de citer les noms de Boldt, Baldy, Eastman, Dixon Jones, Edebohls, Keith, Rufus Hall, Lanphear, Ross, etc.

En avril 1894, au *Congrès de Rome*, M. Carle (de Turin) fait connaître un nouveau procédé d'extirpation totale par la voie abdominale. Ce procédé est malheureusement trop incomplètement exposé dans les journaux pour être bien compris. « J'ai pratiqué, dit-il, vingt hystérectomies totales par la voie abdominale, toutes suivies de succès, avec une méthode qui m'est personnelle, et qui diffère du procédé de Martin en ce que je fais l'énucléation sous-péritonéale de l'utérus ; puis, après avoir lié les artères utérines et disséqué le col jusqu'à l'insertion du vagin, j'applique un clamp au-dessous de ce col et je sectionne sur la paroi vaginale même. Les bords de cette section sont réunis ensuite par des points de suture (1) ». Il est permis de se demander comment l'auteur assure l'hémostase des artères utéro-ovariennes, et ce qu'il fait des annexes.

Au *Congrès français de chirurgie* de 1894, M. P. Delagénière (de Tours) rapporte deux nouveaux faits d'hystérectomie abdominale totale, avec guérison. Il insiste particulièrement sur les difficultés de l'hémostase de l'hémorrhagie vaginale. C'est évidemment là le grand écueil de l'hystérectomie abdominale totale ; et c'est contre lui que sont dirigés tous les efforts des chirurgiens. La plupart des perfectionnements apportés à la méthode ont pour but de rendre cette hémostase plus facile et plus sûre.

---

(1) *Semaine Médicale*, 1894, p. 167.

M. Delaunay, au même *Congrès de chirurgie* de 1894, fait une communication intéressante sur le même sujet. Après avoir montré les avantages de cette intervention, il fait observer que le mérite de la découverte n'en revient pas à Freund, puisque déjà, en 1869, un chirurgien français, M. Péan, avait pratiqué l'opération. Il rapporte ensuite quatre nouveaux faits, dans lesquels le procédé employé est celui de M. Péan, avec quelques modifications.

Dans sa statistique pour 1894. M. le professeur F. Terrier donne « quatre hystérectomies abdominales totales, dont une guérison et trois morts (une d'hémorrhagie et deux de péritonite.) (1).

Enfin, en cette même année 1894, deux thèses, traitant de l'hystérectomie abdominale totale ont été soutenues devant la Faculté de Paris.

Dans la première, M. le Dr Le Moniet s'efforce d'abord de démontrer les avantages de l'hystérectomie totale ; il la compare ensuite aux deux procédés : abdomino-vaginal et vagino-abdominal. Les statistiques qu'il donne prouvent toute la supériorité du procédé « abdominal total ». La plupart des modes opératoires employés par les chirurgiens, sont exposés en détail ; c'est une excellente monographie qui peut être utilement consultée.

La seconde thèse, soutenue le 24 novembre 1894, est celle de M. le Dr Guinebertière. Elle renferme l'exposé d'un nouveau procédé, imaginé par M. le Dr Le Bec. Ce chirurgien, qui auparavant pratiquait l'hystérectomie abdomino-vaginale et plaçait des pinces à demeure par le vagin (voir *Congrès français de chirurgie*, 7 avril 1893) en est arrivé à modifier complètement son premier procédé. Il pratique aujourd'hui l'extirpation totale par la voie abdominale, et remplace les pinces par des ligatures.

Le 26 octobre 1894, M. Colle a présenté, à la *Société cen-*

---

(1) *Progrès médical*, 30 mars 1895, p. 212.

trale de médecine du Nord, la relation de trois faits d'hystérectomie abdominale totale, pratiqués avec succès à Lille par M. le prof. Folet. — A l'occasion de cette communication, M. Colle rappelle que l'hystérectomie totale n'est pas encore entrée dans la pratique courante. On lui attribue une gravité beaucoup plus grande que celle que comporte l'hystérectomie abdominale avec pédicule extra-péritonéal. Cettte préférence ne lui paraît pas justifiée ; et, pour lui, l'ablation totale donne des résultats plus complets et plus rapides (1).

L'année 1895 n'a pas été moins féconde en communications aux Sociétés savantes que l'année précédente. Ce fait seul prouve que l'hystérectomie abdominale totale est une bonne méthode, qui, dans un avenir probablement très rapproché, deviendra la méthode de choix.

Nous devons signaler, en premier lieu, la communication faite par M. Richelot à la *Société de chirurgie*, le 24 avril 1895, sur un procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins. « Si je l'appelle un procédé définitif, écrit-il, cela ne veut pas dire que ma pratique ne variera plus jamais ; cela signifie que, pleinement satisfait de l'opération telle que je l'ai réglée, je m'en tiens là et n'écoute plus les inventeurs qui comptent leurs bouts de fil et dorent les anneaux de leurs pinces, tant qu'on ne m'annoncera pas un nouveau progrès, sérieux et authentique. » Le procédé de M. Richelot se résume en deux mots : abandon complet des ligatures et des sutures, pinces à demeure comme dans l'hystérectomie vaginale. C'est, on le voit, tout à fait l'inverse du procédé de M. Le Bec. C'est un procédé qui semble expéditif, mais, par les manœuvres vaginales qu'il nécessite, il laisse à désirer au point de vue aseptique.

Le 5 juin 1895, devant la même *Société de chirurgie*, M. Ricard préconise fortement l'hystérectomie abdominale totale. « L'idéal, à mon avis, dit-il, ne peut pas être atteint à

(1) *Bulletin médical du Nord*, 8 mars 1895, p. 118.

l'aide des procédés, dans lesquels on agit alternativement par la voie abdominale et par la voie vaginale, s'exposant ainsi à contaminer le péritoine, malgré tout le soin qu'on a pu apporter à désinfecter le vagin. » Le procédé qu'il décrit, et qui lui a donné 9 succès sur 10 cas, ressemble beaucoup à celui décrit par M. Largeau en 1893.

Dans la discussion qui suit cette présentation, M. Routier dit que, après avoir pratiqué six fois l'hystérectomie abdomino-vaginale, qui lui a donné 3 morts sur 6 cas, il en est revenu à l'hystérectomie abdominale totale. Il enlève l'utérus fibromateux comme s'il s'agissait d'une tumeur placée dans une région quelconque.

M. Tuffier, qui a pratiqué cinq fois l'hystérectomie abdominale totale dans des conditions semblables à celles de M. Ricard, insiste sur les difficultés qu'on éprouve à lier les artères utérines. Dans un cas, la ligature ayant lâché, la malade est morte d'hémorrhagie. Les quatre autres ont guéri.

M. Quénu dit n'avoir pratiqué que deux fois cette opération ; mais il croit qu'elle a un grand avenir, en raison surtout des dangers de l'hystérectomie avec pédicule externe.

Enfin, dans la séance du 19 juin 1895, M. Lucas-Championnière signale un cas, dans lequel il a pratiqué l'hystérectomie abdominale totale, par le procédé de Doyen, sans succès. — Il en est alors revenu à l'hystérectomie abdomino-vaginale. Cependant, « quel que soit le procédé employé, écrit-il, je crois que l'hystérectomie totale, dans le traitement des fibromes utérins, constitue un réel progrès. »

Nous partageons absolument cette manière de voir ; et nous sommes convaincu que, grâce aux perfectionnements apportés tous les jours à la méthode abdominale totale, celle-ci sera bientôt admise par tous les chirurgiens et entrera définitivement dans la pratique. Évidemment, cette opération « ne sera jamais, quoiqu'on fasse, ainsi que l'écrit M. Richelot, à la portée des maladroits » ; mais tout chirurgien, habile et expérimenté, pourra l'entreprendre avec sécurité.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

Lecture faite à l'Académie de médecine de Paris, le 15 septembre 1891,
par le Dr Fr. GUERMONPREZ (de Lille).

Bien que les fibrômes utérins soient extrêmement variés et justifient des opérations diverses, il existe cependant un groupe de cas — nombreux et graves — de ces tumeurs, auquel la chirurgie oppose une opération précise et incontestée : l'hystérectomie.

C'est un procédé probablement nouveau (en tout cas peu connu) de cette opération, que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie.

Dans sa séance du 5 novembre 1890, la *Société de chirurgie* a entendu un remarquable rapport de M. L. G. Richelot sur la question de la thérapeutique des fibrômes utérins. — Il y signale l'hystérectomie *vaginale* totale, comme une opération d'exception, qu'il faut réserver à un nombre restreint de cas très particuliers ; — puis il présente, avec de complets développements, l'état actuel de la question de l'hystérectomie abdominale, la seule qui soit praticable pour les fibrômes volumineux. Deux procédés y sont remarquablement critiqués et discutés pour le traitement du pédicule : dans l'un, ce pédicule est fixé à la paroi abdominale ; dans l'autre, il est serré par une ligature élastique perdue ; — mais, dans tous les deux, il y a une même limite d'exérèse : l'hystérectomie reste partielle ; elle est supra-vaginale ; elle laisse subsister une plus ou moins importante portion du col.

Au cours de la discussion, M. Pozzi prit soin de rappeler les faits d'extirpation totale de l'utérus. Ceux de Freund se rapportent au cancer, et non pas aux fibrômes de l'utérus; Martin (de Berlin) y relève d'ailleurs 8 décès sur 30 opérations.

Le 31 mars 1891, au 5e *Congrès français de chirurgie*, M. Terrillon fit une importante communication sur l'hystérectomie abdominale. Dans tous les cas, dont il parle, il s'agit bien de fibrômes utérins. — Vingt-six opérations sont faites avec le pédicule extérieur; mais l'auteur reproche à ce procédé plusieurs fistules abdomino-vaginales rebelles; il lui reproche en outre d'assez fréquentes éventrations secondaires. — Vingt-huit autres opérations forment une seconde série, opposée à la première : dans cette seconde série, le pédicule a été rentré, réduit dans le ventre. — L'auteur se borne à conclure que les deux méthodes sont à peu près également bonnes, réservant la seconde aux pédicules courts et étroits, conservant la première pour les pédicules longs et larges.

Le lendemain, 1er avril, le *Congrès* entendait la relation d'une hystérectomie totale pratiquée par M. Bouilly. — Il s'agissait d'un cas complexe, fibrôme du corps, cancer du col. M. Bouilly fit deux opérations coup sur coup : l'hystérectomie abdominale supra-vaginale d'abord, l'hystérectomie vaginale sur ce qui restait du col ensuite. — Sa conclusion est formelle : il pense que ce mode opératoire pourrait être appliqué, avec avantage, à l'extirpation de certains fibrômes. « En enlevant ainsi, séance tenante, par le vagin, le moignon, on supprimerait, d'après M. Bouilly, le pédicule et les dangers de septicité ou de récidive, qu'il entretient toujours, quand on le réduit. »

M. Pozzi rappelle, séance tenante, la pratique de Bardenheuer et celle de Martin (de Berlin); et il ajoute, qu'en Allemagne, on semble revenir de cette méthode de la double hystérectomie combinée appliquée aux corps fibreux.

Cependant, dès 1853, Burnham, (de Lowel, en Amérique), avait enlevé l'utérus « jusqu'au-dessous du point où le col s'unit avec le vagin » : il s'agissait bien d'un fibrôme.

En 1863 et en 1866, M. Kœberlé a peut-être fait des opérations également étendues; (mes documents manquent de précision.)

Il est incontestable que, le 22 septembre 1869, M. Péan a fait l'ablation de la totalité de l'utérus, par la voie abdominale, non pas pour un cancer, mais bien pour une tumeur fibro-cystique; toutefois, dans son étude sur l'hystérotomie, publiée en 1873, en collaboration avec M. Urdy, il n'en donne point les règles précises. — D'autres opérations analogues paraissent avoir été faites ensuite par le même chirurgien.

J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie, l'observation d'une hystérectomie abdominale totale, pratiquée avec succès et qui est de nature à confirmer l'opinion exprimée par M. Bouilly et à présenter cette opération comme une opération de choix, — du moins pour certains fibrômes interstitiels et volumineux.

Pour préparer l'opération, j'avais assuré une désinfection aussi complète que possible, par des injections vaginales astringentes et chaudes renouvelées deux fois par jour pendant un mois.

Pour exécuter l'opération, j'ai pratiqué les premiers temps suivant la méthode devenue classique.

Lorsque j'eus sectionné les deux ligaments larges jusqu'au voisinage du col, la masse utérine cessa d'être enclavée; je pus l'entraîner de bas en haut.

Pendant cette manœuvre, la portion de péritoine, qui forme le repli vésico-utérin, prit une dimension plus étroite : — j'en fis la section transversale, en me rapprochant de l'utérus et en m'éloignant de la vessie et des urétères. Au moyen des doigts et aussi de quelques coups de bistouri, je traversai aisément le tissu cellulaire, qui tapisse le col utérin et le sépare de la vessie. — Lorsque je me crus assez proche du museau de tanche, je fis une autre incision, longitudinale et médiane,

dans une étendue d'un centimètre seulement. — Quand mon bistouri fut parvenu dans une cavité, j'introduisis une solide sonde cannelée dans le trajet obtenu ;et j'en fis immédiatement l'achèvement, en poussant l'instrument directement d'avant en arrière, jusque dans le cul-de-sac de Douglas., — Une pince-clamp fut placée à droite ; une autre à gauche et immédiatement toute la masse fut excisée. — L'hémostase était bonne ; — mais le niveau de la section n'était pas celui que j'avais cherché. Le toucher vaginal prouvait, en effet, qu'il restait encore une très courte portion du col. — La même incision fut recommencée, longitudinale et médiane sur la paroi antérieure du canal génital ; puis la sonde cannelée fut passée comme la première fois ; enfin l'installation de deux pinces-clamps fut recommencée ; elle fut beaucoup plus facilement obtenue ; et tout le reste du col fut excisé.

Les annexes furent ensuite enlevées à droite et à gauche, selon la façon accoutumée.

Deux ligatures au fil de soie furent énergiquement serrées sur chacune des deux portions de la section du vagin.

Le reste de l'opération fut conduit en suivant les règles ordinaires ; et le pansement de la laparotomie fut complété par l'introduction de gaze iodoformée dans la cavité vaginale.

Il ne survint aucun accident ; — les injections vaginales ne furent reprises que huit jours après l'opération et seulement avec une très faible pression.

Le seul incident à signaler c'est l'élimination de quelques petits débris sphacélés, trouvés dans le liquide des injections un mois après l'opération.

La malade est guérie ; elle a repris ses occupations.

L'opération, ainsi conduite, diffère des procédés antérieurement décrits, parce que le chirurgien n'intervient JAMAIS par la voie vaginale.

Aug. Martin (de Berlin) pratique d'abord les deux incisions

de la muqueuse vaginale, que M. L. G. Richelot préconise si judicieusement pour commencer l'hystérectomie vaginale. — C'est encore ce qui fut fait par M. Bouilly ; — mais ce n'est plus praticable pour une tumeur volumineuse ; — il en est de même pour un utérus enclavé très haut.

Tous ceux, qui voudront bien s'en rendre compte sur le cadavre, apprécieront combien le procédé de l'hystérectomie exclusivement abdominale est sincèrement réalisable pour enlever la totalité de l'utérus. L'incision sous-ombilicale ne suffit pas d'ordinaire ; mais une étendue plus longue n'ajoute pas à la gravité de l'opération. L'utérus semble très enclavé tout d'abord ; mais, lorsqu'on fait la section suffisante des ligaments larges, sans aller jusqu'à la région des artères utérines, on parvient, sans grand effort, à mobiliser l'utérus.. La vessie semble bien solidaire de la portion voisine de l'utérus ; mais il n'en est plus de même, lorsque la portion correspondante du péritoine est sectionnée avec son substratum cellulo-fibreux. La différenciation des deux organes se fait tout aussi sûrement que par la voie vaginale ; elle se fait à ciel ouvert, et par conséquent d'une façon, qu'on serait tenté de qualifier plus chirurgicale. Les uretères sont incontestablement menacés ; mais il faut reconnaître qu'il en est ainsi dans toutes les hystérectomies, quelles qu'elles soient. Des quelques recherches que j'ai faites, il semble résulter que le danger de blesser les uretères ne se trouve pas dans les temps opératoires de l'hystérectomie elle-même ; il est beaucoup plus menaçant pendant le temps de l'ablation des annexes. Enfin, le fond du vagin reste largement ouvert et semble à première vue conduire à l'issue des intestins par cette voie ; mais c'est là une crainte chimérique ; une preuve en est dans les nombreuses hystérectomies vaginales pratiquées depuis quelques années, sans que jamais aucun accident de ce genre ait été signalé. Un danger plus pressant peut résulter de l'infection du péritoine, ou des surfaces de section, par les

liquides septiques versés par l'utérus au moment de l'enlèvement de sa masse. Il y aura des cas moins favorables que celui, dont j'ai l'honneur de présenter la relation à l'Académie. Il me semble qu'il pourra y être pourvu au moyen d'un serre-nœud élastique installé comme on le fait pour l'hystérectomie supra-vaginale. Il suffira de désinfecter à nouveau la portion située au-dessous du lien, avant de pratiquer le dernier temps de l'exérèse.

Pour me résumer, j'ai l'honneur de présenter à l'Académie les conclusions suivantes :

I. — L'hystérectomie abdominale totale est praticable dans certains cas de fibrômes utérins interstitiels et volumineux avec enclavement de la masse ;

II. — Cette opération comprend : 1° la section des deux ligaments larges, en s'arrêtant à peu de distance des artères utérines ; — 2° la section transversale du péritoine vésico utérin ; — 3° la séparation des deux organes au moyen des doigts, en prolongeant ce temps opératoire jusqu'à sentir la lèvre antérieure du museau de tanche ; — 4° l'ouverture de la limite supérieure du vagin, au moyen d'une simple boutonnière pratiquée longitudinalement sur la ligne médiane et sur sa paroi antérieure ; — 5° la transfixion du vagin suivant le plan antéro-postérieur, au moyen d'une solide sonde cannelée, que l'on fait sortir dans le cul-de-sac de Douglas ; — 6° l'hémostase est assurée, avant l'exérèse, au moyen de deux pinces-clamps du modèle si bien accrédité pour l'oophrectomie et la salpingectomie.

14 Septembre 1891.

PREMIÈRES OPÉRATIONS.

Observation I

par le Dr F. Duval, de La Capelle (Aisne).

Mademoiselle Pauline L...., 36 ans, receveuse des postes, est née très délicate ; elle a toujours eu besoin de beaucoup de soins ; elle est anémique et même chétive.

La menstruation s'est établie régulièrement à l'âge de 15 ans, sans souffrances notables. Les règles reviennent tous les 27, 28 jours, copieuses, mélangées de quelques caillots, durant en moyenne cinq jours. L'évacuation des caillots occasionne des coliques assez intenses pour réveiller la malade pendant la nuit ; après cette évacuation, il y a une sensation de soulagement. Parfois les coliques sont particulièrement exagérées et sont accompagnées de vomissements et de diarrhée, le tout ayant d'ailleurs une durée assez restreinte.

En juin 1885, débute brusquement ce que la malade appelle une « irritation d'intestin ». Ce qui caractérise cette affection, c'est un état endolori presque permanent, se manifestant surtout avant les règles. La malade est très précise : la crise était très pénible et les phénomènes douloureux s'étendaient à tout le ventre ; on aurait même prononcé le mot de péritonite. On a appliqué successivement quatorze vésicatoires de 8 × 10 ou de 10 × 12 centimètres ; régime lacté ; une cuillerée à café d'huile de ricin chaque matin ; lavements de décocté de graine de lin.

En septembre 1888, surviennent des pertes copieuses au moment

des règles : ces pertes se reproduisent aux époques suivantes et même dans leur intervalle. La malade doit garder le lit ; (dragées d'ergotine ; perchlorure de fer en potion.)

En septembre 1889, M. le Dr Leblond, de Paris, voit la malade en consultation. Il signale l'existence d'un fibrôme utérin, et ordonne des dragées d'ergotine, des injections boratées chaudes ; la malade fait une saison de trois semaines aux eaux de Salins (Jura).

En avril 1891, M. le prof. Guermonprez voit la malade à Sedan. Il reconnaît l'existence du fibrôme. L'élimination par les voies naturelles lui paraissant impossible, il conseille l'intervention chirurgicale ; en attendant, des injections chaudes sont conseillés avec une solution d'alun à 1,5 pour 100.

Le 8 mai, au cours d'un examen après chloroformisation, on constate un myôme utérin dur, du volume du poing, à surface irrégulière, très étroitement enclavé et très haut placé.

Le 15 mai, les règles soint moins douloureuses et moins copieuses que d'habitude. Deux injections sont faites chaque jour au moyen d'une solution très chaude d'alun à 1 pour 100 ; (eau de Bussang : toniques.)

L'*opération* est pratiquée le 3 juillet 1891 à la maison St-Raphaël, M. Guermonprez, avec le concours de MM. les Drs Derville et Vanheuverswyn.

L'anesthésie est obtenue par le chloroforme : la malade est d'abord agitée, puis surviennent des nausées qui troublent à plusieurs reprises l'acte opératoire et qui, chaque fois, sont calmées par une dose plus élevée d'anesthésique. La chloroformisation fut d'ailleurs encore entravée par les efforts vigoureux de l'opérée, qui chassaient l'intestin de la cavité toutes les fois qu'intervenait une action chirurgicale sur les ligaments péri-utérins, et surtout sur les portions postérieures du vagin et des ligaments larges.

La région, rasée la veille, est lavée au savon et à la liqueur de Van Swieten, puis à l'alcool à 90°, puis enfin à l'éther. L'injection vaginale à la liqueur de Van Swieten chaude est longtemps prolongée. Elle ramène encore des flocons de mucus utérin ou vaginal concrété. Le cathétérisme vésical ne permet pas de conduire la sonde directement suivant l'axe du corps ; l'instrument est dévié successivement à droite, puis à gauche, repoussé qu'il est par la tumeur dure qui vient s'appuyer sur la face postérieure du pubis. Enfin le toucher

vaginal, pratiqué une dernière fois, permet d'atteindre le col situé à une très grande hauteur et dirigé fortement en arrière. L'hystérométrie est rendue irréalisable par cette déviation. — Quant à l'incision du vagin au pourtour du col utérin, il n'y faut pas songer : le col n'est pas visible au spéculum ; — et l'utérus enclavé est trop étroitement fixé, pour permettre un abaissement, qui serait d'ailleurs entravé par le volume de la tumeur elle-même.

L'incision de la ligne blanche est poursuivie en bas jusqu'au pubis. Il est nécessaire de la prolonger en haut au-dessus de l'ombilic, jusqu'au milieu de la distance de celui-ci d'avec l'appendice xiphoïde. L'exploration de la tumeur mise à découvert permet d'apprécier par une palpation rapide que la face antérieure est libre ; que la face postérieure est couverte d'adhérences, mais que celles-ci sont assez friables pour se dégager d'emblée au passage de la main ; qu'enfin l'utérus est fortement enclavé, partie au niveau des ligaments utéro-sacrés, partie au niveau des ligaments larges.

La main, passée derrière la tumeur, amène la masse avec une relative facilité entre les lèvres de la paroi abdominale.

Pour libérer davantage la tumeur, la portion supérieure du ligament large est sectionnée d'abord à droite, puis à gauche. — L'hémostase est assurée du côté de l'utérus au moyen d'une pince à pression ; et ce moyen se montre d'une irréprochable efficacité. — Au côté externe, un fil de soie double est énergiquement noué avant de faire la section à un centimètre de distance de ce fil (n° 4 Czerny). Malgré cette précaution le fil lâche prise ; une hémorrhagie survient, mais peu copieuse ; il y est pourvu par l'installation d'une pince à pression et à longs mors courbes.

La tumeur utérine est alors amenée avec une facilité beaucoup plus grande : son dégagement peut donc être poursuivi.

Le péritoine est sectionné transversalement sur la surface antérieure de l'utérus au niveau du cul-de-sac vésico-utérin ; — à l'aide des doigts, le chirurgien sépare la vessie d'avec l'utérus. Cette séparation se fait avec une si grande facilité qu'un doute s'impose sur le résultat obtenu. Cependant on ne trouve nulle part la surface cruentée rouge, que donnerait le muscle vésical, s'il était sectionné ; on ne reconnaît pas davantage d'éléments cylindroïdes comparables aux uretères. Enfin, on ne voit pas non plus d'écoulement liquide d'aspect urineux. Pour plus de garantie le toucher vaginal est pratiqué

et combiné avec l'exploration de la plaie ; puis le cathétérisme vésical est combiné de la même manière : il en résulte que jusqu'ici la différenciation des deux organes est restée dans d'heureuses limites. Toutefois il subsiste encore un doute important ; la consistance du col utérin fortement distendu est tellement diminuée qu'il est très difficile de le différencier d'avec le vagin.

Une sonde cannelée résistante traverse de part en part la portion accessible, qui forme désormais le pédicule. — Une pince à pression forte et solide, dite de Richelot, est placée sur la portion droite, une autre sur la portion gauche de ce pédicule ; — la tumeur est sectionnée immédiatement au-dessus des deux instruments. — La surface de section est facile à reconnaître : elle a porté, non sur le vagin, mais immédiatement au-dessus du col utérin. L'hémostase est bonne.

Le chirurgien procède ensuite sans incident notable à l'ablation systématique des trompes et des ovaires, d'abord à droite, puis à gauche. L'hémostase est obtenue au moyen de deux ligatures au fil de soie de chaque côté.

Il est alors procédé à l'exérèse du moignon du col utérin. — Pour le bien découvrir, deux écarteurs refoulent derrière la symphyse pubienne la vessie, qui vient d'être vidée à nouveau. La masse intestinale est relevée à pleines mains par les soins de M. le Dr Derville. — Enfin le moignon est présenté au bistouri grâce au maniement des pinces de Richelot préalablement installées. — Dans ces conditions, le bistouri sectionne transversalement un certain nombre de couches profondes de la paroi vaginale ; — puis les couches sous-muqueuses et même la muqueuse sont sectionnées ; cette section est opérée sur une petite étendue suivant une direction verticale exactement médiane. — La sonde cannelée pénètre, suivant cette étroite boutonnière. L'exploration vaginale démontre que c'est bien dans le vagin que l'instrument a pénétré. Elle démontre en outre que cette pénétration se trouve exactement au-dessous de la lèvre antérieure du col. — Ce point étant acquis, la sonde cannelée est enfoncée vigoureusement d'avant en arrière suivant la ligne médiane à travers la paroi vaginale postérieure ; elle tombe ainsi dans le cul-de sac de Douglas. — Quelques manœuvres de force suffisent à ménager le passage d'un des mors d'une troisième pince de Richelot, qui est ainsi placée sur la moitié latérale gauche du vagin et la portion correspondante du ligament large. — Il est fait de même du côté opposé. — Puis le moignon utérin est

enlevé avec les deux premières pinces de Richelot ; on reconnaît sans peine sur cette pièce anatomique que le col est entier (fig. 1.)

La ligature de chacune des deux surfaces de section du vagin est entreprise sans aucun délai ; elle est rendue très laborieuse, d'une part par la brièveté du ligament large, d'autre part par la tension des ligaments utéro-sacrés. Deux fils de soie double sont placés sur chacun des deux côtés : l'hémostase est d'emblée parfaite pour le côté gauche. Malgré des soins également attentifs pour le côté droit, on a le regret de constater plusieurs jets artériels qui subsistent dans la portion postérieure, après l'ablation de la pince Richelot. On parvient, non sans peine, à pincer les orifices artériels dans le tissu cellulaire du moignon du ligament large sans intéresser la séreuse péritonéale. Deux ligatures à la soie, au fil simple, réussissent enfin à y pourvoir.



Fig. 1. — D'après une photographie artistique de M. le Dr P. Bernard. (Les taches noires sont dues à l'imparfaite conservation des pièces).

Lorsque l'hémostase est définitivement obtenue au niveau de la surface de section des ligaments larges et du vagin, l'orifice vagino-péritonéal est exploré ; il est trouvé tellement étroit, qu'il admet à peine l'extrémité du petit doigt. — Quant à l'ensemble du petit bassin, il est trouvé partout recouvert avec une exactitude presque parfaite par la séreuse péritonéale, à l'exception d'une seule portion : c'est celle qui correspond à la face postérieure de la vessie, laquelle se présente sous l'aspect d'une large surface cruentée, où suintent encore quelques petits vaisseaux artériels et veineux.

Le lavage du péritoine est pratiqué à l'eau distillée, bouillie et

chaude, laquelle sort rapidement propre, non point par l'orifice vulvaire, mais presque exclusivement par la plaie abdominale.

Lorsqu'on entreprend le temps de suture de la paroi, il y a deux heures que l'opération est commencée. — Le temps de la suture, pratiquée au crin de Florence et à l'aiguille d'Emmet, est prolongé par la rigidité de la paroi abdominale et les efforts fréquemment répétés de la malade.

Le pansement de la paroi abdominale est commencé à la vaseline iodoformée. — Un cerf-volant de gaze iodoformée est introduit dans le vagin.

L'opérée se réchauffe facilement. Elle perd par la vulve un liquide d'abord très légèrement rose, puis simplement aqueux. Injection hypodermique de chlorhydrate de morphine ; eau sucrée alcoolisée.

Pendant les jours suivants, le cathétérisme vésical est pratiqué, comme après une ovariotomie, jusqu'au 5me jour ; alors, la miction s'effectue spontanément.

Pendant les premiers jours, on pratique fréquemment de simples lotions vulvaires avec une solution tiède de sublimé à 0,5 pour 1000.

Le 8me jour, le cerf-volant de gaze iodoformée est retiré de la cavité vaginale ; il est de couleur roussâtre, ni fétide, ni sanguinolent. — A sa suite s'écoule un liquide trouble, presque séreux, sans odeur ; la quantité de ce liquide ne dépasse guère une cuillerée à café.

Dès le lendemain, on pratique régulièrement des injections vaginales quotidiennes avec la solution de sublimé à 0,5 pour 1000, en ayant soin de les faire peu copieuses, de ne pas pousser la canule trop loin, et surtout de ne pas donner une pression trop forte ; dans ce but, on élève le récipient de façon que son orifice d'écoulement soit seulement de 10 centimètres plus élevé que la canule.

L'opérée quitte la maison de santé le 5 août, cinq semaines après l'intervention. — Le toucher vaginal, pratiqué à ce moment, ramène un fragment verdâtre de la dimension d'un ongle. Il est examiné sous l'eau ; et on reconnaît un débris sphacélé, auquel demeure attaché un fil de soie.

Trois mois après l'opération, le toucher indique une sorte de prolapsus de la vessie dans le vagin. Dans la partie la plus reculée, on sent une cicatrice transversale de 2 $^{c}/_{m}$ de longueur et seulement de 4 à 5 $^{m}/_{m}$ d'épaisseur. Toute la région est souple à l'exception de cette cicatrice, qui a une dureté presque ligneuse.

La malade n'a plus aucune douleur; elle vaque à toutes ses occupations, résiste à la fatigue, prend de l'embonpoint et témoigne son étonnement de se trouver mieux qu'elle n'a jamais été.

Description des pièces. — L'utérus présente une forme globuleuse, il est très peu mamelonné dans sa portion supérieure. Le ligament large est fortement étalé (fig. 1).

Une coupe, pratiquée de droite à gauche selon l'axe de l'utérus, démontre d'abord l'existence d'un myome pédiculé remplissant la cavité de l'organe et atteignant le volume d'une grosse orange ; son pédicule est situé sous la portion gauche de la face antérieure (fig. 2). Le pédicule très large n'atteint cependant pas la dimension



Fig. 2. — D'après une phographie artistique de M. le Dr P. Bernard. A gauche, segment antérieur de la pièce ; à droite, segment postérieur, dont la sonde cannelée indique l'axe passant par la cavité du col utérin.

du diamètre du myome ; il eût été très difficile, sinon impossible, de l'extirper au moyen de l'écraseur ou du serre-nœud.

Toute la moitié inférieure de la masse est formée par un groupement de myomes interstitiels, dont les fibres tourbillonnantes sont appréciables en dix endroits, bien que le graveur n'ait pas bien réussi à représenter ces importants détails.

Observation II

Par le Dr F. Duval, de La Capelle (Aisne).

Louise Del......, lessiveuse, âgée de 45 ans, entre le 27 août 1891, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Duret, suppléé par M. Faucon. Elle a eu trois enfants, le dernier il y a 16 ans; ses différentes couches ont été normales.

Il y a 5 ans, cette femme observe pour la première fois des troubles menstruels. Depuis cette époque, ses règles sont restées fréquentes et abondantes : les intervalles sont de quinze jours.

Il y a cinq ou six mois, les pertes de sang sont devenues encore plus copieuses ; les périodes ont été tellement rapprochées qu'elles en sont venues à se confondre et que cette femme en est arrivée à perdre continuellement du sang.

Vers la même date sont survenues des douleurs hypogastriques ; elles coïncident avec les métrorrhagies et présentent une forme si nettement évacuatrice et expultrice, que la malade les compare d'elle-même aux douleurs de l'enfantement : l'intensité de ces douleurs a plusieurs fois obligé la malade à tenir le repos au lit. Pendant cette même période, l'écoulement vaginal fut plusieurs fois fétide et cette odeur ne fit qu'augmenter d'intensité. Dans l'intervalle des règles, l'écoulement consistait en une leucorrhée assez abondante.

Le 20 juillet 1891, une métrorrhagie plus importante survient ; la malade se met au lit. Depuis ce moment, l'écoulement sanguin n'a pas discontinué. En même temps, des douleurs fortes, qui n'ont plus le caractère expulsif, s'établissent dans le bas-ventre. La malade perd des matières d'une fétidité repoussante pour son entourage, maigrit considérablement, perd ses forces et se décide à venir à l'hôpital.

A son entrée, elle paraît fortement anémiée ; son teint est presque cachectique. Il s'écoule par la vulve un liquide sanguinolent d'une fétidité toute particulière.

Le doigt, introduit dans le vagin, rencontre une masse ovoïde assez résistante, mais dont la surface est ramollie. Cette masse comble tout le vagin ; en la contournant à sa partie supérieure, le doigt arrive sur la lèvre antérieure du col qui paraît saine. Entre elle et la tumeur se trouve un orifice dans lequel pénètre le doigt : c'est la cavité utérine. Il est impossible de reconnaître la lèvre postérieure du museau de tanche.

Au spéculum, la tumeur est lisse, d'un violet ardoisé, noirâtre, d'une consistance molle, friable ; sa surface est formée d'une substance putrilagineuse et donne l'idée d'une matière fibroïde infiltrée d'un liquide verdâtre et de quelques gaz. Son volume est celui d'une grosse orange. Au-dessus de la tumeur et en avant d'elle, la lèvre antérieure a son aspect normal. L'odeur est infecte.

Tout d'abord on discute si la tumeur est de nature épithéliale et avec un point de départ dans la lèvre postérieure du col. Mais ce diagnostic est bientôt écarté.

On commence par désinfecter ce foyer pathologique : (copieuses injections quotidiennes à la liqueur de Van Swieten). Peu à peu on arrive à enlever quelques lambeaux sphacélés au moyen d'une pince porte-tampon ; on diminue ainsi peu à peu le volume de la tumeur.

Quelques jours plus tard, le toucher vaginal permet d'explorer la totalité de la surface de la tumeur et atteint le col en haut et en arrière d'elle. Les deux lèvres du museau de tanche forment donc une sorte de collerette autour de la masse. — Il est désormais acquis que la tumeur est un fibro-myome de l'utérus en voie de sphacèle.

Le 1er septembre, M. Guermonprez prend le service et prescrit des injections vaginales plus fréquentes, plus chaudes, mais en abaissant le titre de la solution à 0,5 pour 1000 ; peu à peu l'élimination des escharres se termine, l'appétit se relève et l'état des forces s'améliore.

Le 9 septembre survient un changement qui confirme absolument le diagnostic : la tumeur, dont le volume continue à se réduire, est rentrée dans la cavité utérine ; l'orifice du col, encore entrouvert, ne présente aucune altération appréciable.

A l'hystéromètre, on pénètre à 95 millimètres dans la cavité utérine ; et on reconnaît la présence d'une masse assez volumineuse, qui empêche de manœuvrer librement l'instrument.

Les jours suivants, les mêmes irrigations vaginales au sublimé sont continuées ; et, à trois reprises différentes, elles sont complétées par des injections intra-utérines avec la sonde de Doleris.

L'état général de la malade se reconstitue progressivement ; l'état local s'améliore de plus en plus, les pertes ont disparu et la malade n'accuse plus de douleur.

Bien que l'état des forces soit encore mal restauré, comme il advient pendant une convalescence, l'exposé de la situation est présenté à la malade avec la plus entière sincérité. Elle apprécie la nécessité de l'opération radicale. Celle-ci est décidée pour le 19 septembre. Les difficultés et les dangers d'une extirpation du myôme par la voie intra-utérine, et surtout la présence très probable d'autres fibromes dans l'épaisseur des parois de l'utérus, sont les indications admises de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale.

Opération. — L'anesthésie par le chloroforme est obtenue en huit minutes. Elle n'est troublée que par quelques nausées ; il faut cependant signaler une sorte de ronflement retentissant, avec de longs et profonds soupirs, comme si ces efforts étaient la conséquence d'une douleur intense, mais mal définie. Ce type respiratoire anxieux se reproduit toutes les fois que des tiraillements et surtout des tractions sont exercés sur l'utérus et les ligaments larges. Chaque fois aussi, l'incident se termine par un ralentissement et un affaiblissement de la respiration et de la circulation.

La paroi abdominale est lavée méthodiquement (savonnage à la liqueur de Van Swieten chaude, puis lotions d'alcool et enfin lotions d'éther). — Le vagin, soumis à des lavages antiseptiques depuis trois semaines, a été la veille bourré de gaze iodoformée. Cette gaze est enlevée ; une copieuse injection vaginale est faite alors à la liqueur de Van Swieten tiède. Elle permet de reconnaître que l'utérus laisse échapper un mucus hyalin, sans aucun mélange de suppuration. Le cathétérisme vésical est fait comme de coutume.

L'incision de la paroi abdominale porte d'abord sur toute la portion sous-ombilicale de la ligne blanche ; mais les contractions des muscles abdominaux démontrent bien vite l'impossibilité d'assurer les manœuvres ultérieures par cette étroite ouverture. L'incision est donc prolongée jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, dont elle contourne le côté gauche; (longueur totale : 18 à 20 centimètres). Le grand épiploon est refoulé en haut : les anses intestinales apparaissent à nu. — La main du chirurgien va alors à la recherche de l'utérus, et le fait basculer d'arrière en avant. L'utérus

est ainsi attiré entre les lèvres de la plaie. Une médiocre quantité de liquide séreux s'écoule : il provient d'un kyste de l'ovaire, du volume d'un œuf de pigeon, qui vient de se rompre. — Le fond de l'utérus seul arrive entre les lèvres de la plaie : sa forme est globuleuse, son volume dépasse un peu celui du 3e mois de la grossesse. Sa surface n'est que très peu mamelonnée ; sa consistance est dure, ferme, sans être absolument fibreuse. — L'exploration de la face postérieure de l'organe révèle d'abord l'existence d'adhérences nombreuses, mais peu résistantes, au niveau du corps. — Elle révèle ensuite et surtout l'existence d'une tumeur sphéroïdale du volume d'un œuf de poule ; cette tumeur est située très-bas dans le cul-de-sac de Douglas : elle fait corps avec l'utérus, auquel elle adhère par un très large pédicule : c'est donc un myome développé aux dépens de la lèvre postérieure du col.

Une première pince-clamp est installée de chaque côté du corps utérin, dont elle longe exactement le bord.

Une seconde pince est rangée — également de chaque côté — parallèlement à la première, laissant entre les deux l'espace rigoureusement nécessaire pour le passage du bistouri.

Une troisième pince est placée par le chirurgien, également de chaque côté. Cette troisième pince ne se rapporte plus à l'hystérectomie, mais elle prépare l'ablation des annexes : elle est, en effet, installée entre la paroi du bassin, d'une part, et la trompe, d'autre part.

A ce moment, le chirurgien accomplit l'hystérectomie pour la portion supra-vaginale : en effet, il passe le bistouri entre la première et la seconde pince de chaque côté Immédiatement, l'utérus devient plus mobile. Il suffit d'une traction médiocre pour l'amener tout entier à découvert entre les lèvres de la plaie.

Le chirurgien fait alors la section du repli vésico-utérin, sur une ligne transversale, en s'appuyant sur la paroi antérieure de la matrice. — Puis, il commence à séparer la vessie de l'utérus, en décollant d'abord la portion de la séreuse encore adhérente à la matrice. La séparation des deux organes est commencée à l'aide des doigts et de quelques coups de bistouri. Par le toucher vaginal, il devient manifeste que cette dissection est arrivée jusqu'au voisinage du museau de tanche. — Malheureusement, pendant ces manœuvres, la paroi vésicale a été trouvée étroitement adhérente à la portion correspondante du col utérin; en effet, le tissu cellulaire n'y était point lâche, facile

à dissocier à l'aide des doigts ; il était dense, et sa résistance contrastait avec la friabilité fâcheuse de la paroi musculaire de la vessie. Celle-ci fut reconnue par sa couleur rouge et par la direction oblique et presque longitudinale de ses fibres, dont les interstices laissaient à découvert une surface plus rosée, qui n'était autre que la muqueuse de la vessie : en effet, le cathéter introduit dans le réservoir urinaire et conduit jusqu'à ce niveau, se voyait presque par transparence et montrait combien était prochain le danger de perforer cette paroi. — Pour éviter ce danger, le chirurgien, armé d'une pince à griffes et du bistouri, reprit la paroi vésico-utérine à un niveau un peu plus élevé ; il en fit la dissection méthodique, on pourrait dire la sculpture, en passant systématiquement, non plus à travers le tissu cellulaire rétro-vésical, mais bien à travers les couches les plus superficielles de la paroi utérine elle-même. Cette dissection laborieuse fut conduite jusqu'au tiers inférieur du col utérin. Mais, à cause de la difficulté qu'il éprouve à la continuer plus bas, le chirurgien se détermine à se débarrasser de la masse utérine, se réservant d'enlever dans une manœuvre consécutive ce qui restera du col.

Avant d'ouvrir la cavité cervicale, il passe tout autour du col une sonde en caoutchouc, renforcée par un fil de soie, de manière à éviter l'infection du champ opératoire par l'écoulement du contenu de l'utérus. — Après l'installation de ce lien élastique, une injection est pratiquée dans le vagin à la liqueur de Van Swieten tiède.

Ces précautions étant bien prises, le chirurgien pratique alors sur la paroi antérieure du col, une incision longitudinale et médiane suffisante pour le passage d'une sonde cannelée très résistante; — celle-ci est conduite, à travers la paroi postérieure, jusque dans le cul-de-sac de Douglas. — Par l'orifice ainsi créé à travers l'organe, deux pinces-clamps sont introduites, qui saisissent l'une la moitié gauche, l'autre la moitié droite du col. — La section du col est pratiquée au-dessus des deux pinces. L'utérus est ainsi extirpé. Il reste donc une petite portion du col avec les annexes.

A l'aide de deux fils de soie, le chirurgien fait alors la ligature du ligament large gauche à sa base; il sectionne et enlève ainsi les annexes de ce côté. — Il complète ensuite le dégagement de la vessie sur la paroi latérale gauche du col jusqu'au niveau du vagin. — Il fait son incision longitudinale et médiane sur la paroi antérieure du vagin ; il y introduit la sonde cannelée qui va perforer la paroi postérieure ,

et le long de laquelle il passe une pince-clamp pour saisir la moitié gauche du vagin. — Pendant toutes ces manœuvres, la main gauche de l'opérateur, placée dans le cul-de-sac recto-utérin, empêche la blessure des organes voisins.

A droite, la pince-clamp, précédemment placée, paraît avoir saisi la vessie : on croit reconnaître, en effet, quelques fibres de couleur foncée en continuité avec celles de la paroi vésicale préalablement dégagée. — Cette pince est enlevée; l'artère utérine, qui donne aussitôt et avec abondance, est prise immédiatement et du premier coup dans une pince à forcipressure. — Le dégagement de la vessie se fait comme à gauche, jusqu'au niveau du vagin. — Une pince-clamp saisit la moitié correspondante des parois vaginales. — Le vagin est alors sectionné en longeant le bord supérieur de chacune des pinces-clamps ; le museau de tanche est ainsi extirpé dans sa totalité.

Le pédicule des annexes du côté droit est lié et sectionné, de la même façon que l'a été celui du côté gauche.

Le chirurgien passe alors à la ligature des artérés utérines. — Le résultat est obtenu d'emblée pour le côté gauche. — Il n'en est pas de même pour l'autre. Le tronc principal de l'artère utérine a bien été saisi et lié ; mais une branche accessoire, saisie à plusieurs reprises, donne opiniâtrement un petit jet avec battements isochrones aux battements artériels ; il faut s'y reprendre jusqu'à cinq fois pour en assurer l'hémostase, et la poursuivre à travers les parties les plus reculées du ligament large, dont les deux feuillets sont alors grandement séparés l'un de l'autre.

L'hémostase étant désormais assurée, le lavage du péritoine est pratiqué au moyen de l'eau distillée et bouillie chauffée à 42°. Le liquide s'écoule en partie par la vulve et en partie par la plaie abdominale. Celle-ci est fermée à l'aide de crins de Florence. Le vagin est bourré de gaze iodoformée. Pansement ordinaire. Le cathétérisme de la vessie donne issue à une urine parfaitement claire, sans aucune trace de sang.

L'opération a duré deux heures.

Description des pièces. — Le corps utérin est étrangement déformé (fig. 3) par l'existence d'un myôme, un peu plus volumineux qu'un œuf de pigeon et situé dans l'épaisseur de la lèvre postérieure, c'est-

à-dire en arrière de la sonde cannelée passée dans la cavité utérine. L'état de surface ne présenterait rien de notable, si n'étaient des



Fig. 3. — D'après une photographie artistique de M. le Dr P. Bernard. La sonde cannelée est placée dans la cavité utérine et la direction du pavillon indique le plan transversal de l'organe.



Fig. 4. — D'après une photographie artistique de M. le Dr P. Bernard. La sonde cannelée donne la même indication que pour la figure 2.

adhérences nombreuses en arrière de toute la masse de l'organe.

La coupe pratiquée de droite à gauche, suivant l'axe de l'utérus, démontre que le reste du myòme partiellement sphacélé n'est adhérent que par un pédicule étroit et situé dans l'angle droit de la cavité près de l'orifice de la trompe ; son extirpation par la voie vaginale eut été facilement réalisable ; — mais cette même coupe (fig. 4), démontre l'inégalité de l'épaisseur de la paroi, suivant qu'on l'examine au fond de l'organe et surtout suivant que l'on compare la portion droite et la gauche. Il est évident que de nombreux fibròmes interstitiels auraient évolué ultérieurement dans des parois aussi inégales et seraient venus s'ajouter à celui, qui avait acquis une importance déjà si grande dans la lèvre postérieure ; à lui seul, ce dernier suffit à justifier la totalité de l'exérèse utérine.

Les *suites opératoires* furent d'abord excellentes. Le jour de l'opération, malgré la grande quantité de chloroforme qu'avait nécessité l'anesthésie, il ne survient pas le moindre vomissement.

La malade est soutenue à l'aide de quelques injections hypodermiques de caféïne et d'éther, et de gorgées souvent répétées de champagne frappé.

Le pouls est assez rapide (120).

Le lendemain et le surlendemain l'état de la malade reste le même, par conséquent est assez satisfaisant ; les forces ne se restaurent pas ; mais il n'y a aucune douleur.

Le soir du quatrième jour la température s'élève à 38° sans qu'on parvienne à en déterminer la cause.

Le cinquième jour, la malade est prise subitement de diarrhée. Elle a, dans l'après-midi, sans coliques, deux selles absolument liquides, d'odeur assez forte, de couleur argileuse. — Deux pilules d'ext. thébaïque à 0,02 centigr. arrêtent le flux intestinal.

Le sixième jour, la diarrhée ne reparaît pas, mais la malade se plaint d'une sorte d'étouffement qu'elle compare à ce qu'on éprouve après un repas trop copieux.

Dans la soirée, l'état général s'aggrave rapidement ; la dyspnée augmente ; la malade est agitée ; elle est en proie au subdelirium, parle toujours de gaz qui l'étouffent. L'introduction d'une sonde rectale la soulage quelques instants. Quelques éructations surviennent sans nausées, ni vomissements. Elle persiste à dire qu'elle ne souffre d'aucune douleur.

Vers le milieu de la nuit, elle commence à se refroidir et elle succombe le septième jour vers cinq heures du matin.

Autopsie. La réunion de la plaie abdominale est obtenue ; à l'ouverture du ventre toute la masse intestinale apparaît distendue, l'estomac descend jusqu'à l'ombilic.

Il n'existe ni rougeur, ni exsudat, ni liquide, ni aucune autre apparence de péritonite.

En suivant et déroulant successivement les anses intestinales, on trouve le duodénum et le jejunum remplis, tantôt de gaz, tantôt de matières liquides ou pâteuses.

La seconde moitié de l'iléon occupe le petit bassin ; elle n'y adhère en aucun point ; son volume est presque uniformément

réduit, comme à l'état de vacuité, dans une longueur de 70 à 80 centimètres. Cette portion de l'intestin est libre dans presque toute son étendue ; toutefois on trouve une adhérence de la dernière portion de l'intestin grêle à la fosse iliaque droite, à 6 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale. Il existe là une bride d'un blanc nacré, d'une solide résistance d'une longueur de 5 à 6 millimètres ; au-dessous d'elle, une nappe cicatricielle de 4 à 5 centimètres entraîne l'intestin vers la portion la plus antérieure de la fosse iliaque. Cette nappe est d'un blanc bleuâtre, beaucoup moins épaisse et moins résistante que la bride : elle s'étend presque jusqu'au ligament de Poupart.

Le cœcum ne présente rien d'anormal ; il est presque vide. Le colon n'est que très peu distendu ; il ne contient presque pas de gaz. Le rectum n'a conservé sa situation normale dans l'axe du corps que dans sa moitié inférieure seulement ; dans toute la portion qui répond au sacrum il est presque vide et fortement déjeté à gauche. De ce côté, on découvre deux adhérences de l'S iliaque plus faibles que celles de la fosse iliaque droite ; le péritoine pariétal est également épaissi et il permet d'apprécier que ces minimes adhérences sont immédiatement en rapport avec l'aponévrose qui recouvre le psoas.

Toute la masse intestinale ayant été écartée, on ne constate aucune trace de pus, pas d'exsudats, ni même de rougeur notable de la séreuse dans le petit bassin.

Dans sa portion la plus déclive, celui-ci renferme un liquide séro-sanguinolent, dont la quantité est évaluée à 10 grammes environ.

Le petit bassin est occupé dans sa presque totalité par la vessie dont le revêtement péritonéal existe en son entier, sans rougeur, sans ecchymoses, sans exsudats, ni adhérences Cette vessie, qui occupe les trois quarts du plancher pelvien, se termine sur le rectum, comme on le voit sur un bassin masculin.

Lorsqu'on ramène en avant la portion la plus postérieure de la vessie, on ne trouve plus trace du décollement du tissu cellulaire vésico-utérin, et on découvre, immédiatement derrière la limite vésicale, une sorte de surface lisse d'un gris rosé. Cette surface, transversalement étendue, atténuée à ses deux extrémités, mesure 30 millimètres de droite à gauche et 5 à 6 millimètres d'avant en arrière dans sa partie médiane, qui est la plus grande.

Si on introduit le doigt dans le vagin, on reconnaît que la surface

ainsi découverte n'est autre que la partie la plus reculée et la plus postérieure du vagin. La cavité elle-même n'existe plus qu'à l'état virtuel : — en effet, la paroi postérieure, horizontalement placée, repose directement sur le rectum, — tandis que la paroi antérieure, également horizontale, repose immédiatement sur la première. — Ces deux plans se recouvrent exactement l'un l'autre, mais le postérieur s'étend un peu plus loin que l'antérieur. — L'orifice est donc formé par deux lèvres, dont l'antérieure ou vésicale est oblique en arrière et repose par son bord libre sur la paroi postérieure du vagin, formant une véritable valvule, dont le bord postérieur est libre, tandis que la partie antérieure adhérente est formée par la vessie et l'extrémité profonde de la paroi antérieure du vagin.

Le tampon de gaze iodoformée est retrouvé à peu près à égale distance de l'orifice vulvaire d'une part et de l'orifice péritonéal d'autre part.

Dans le cul-de-sac de Douglas, on voit des cicatrices d'aspect nacré, dues aux anciennes adhérences rompues pendant l'opération et qui siégeaient entre la face postérieure de l'utérus et la face antérieure du rectum. Il existe à ce niveau, surtout en arrière et à droite, dans le petit bassin et se prolongeant jusqu'à la limite la plus inférieure du mésentère, des traces de péritonite ancienne, (plaques laiteuses).

Sur les parties latérales du petit bassin, les ligatures des ligaments larges sont étroites et réunissent presque parfaitement les deux portions du péritoine. Elles sont disposées en une série rectiligne transversale, qui part de l'orifice vaginal et se termine à 3 centimètres au-dessous du détroit supérieur ; elles sont revêtues d'un exsudat plastique rouge foncé, épais de 2 millimètres environ.

Il est évident que la petite quantité de liquide, trouvée dans le cul-de-sac de Douglas, ne serait plus restée dans cet endroit déclive, si l'ampoule rectale avait été distendue par un bol fécal. Le relèvement de la paroi antérieure de cette terminaison du tube digestif aurait inévitablement conduit ce liquide jusqu'à l'hiatus vaginal et en aurait ainsi assuré l'évacuation.

Par ailleurs, il est manifeste qu'une injection poussée par le vagin n'eût pu rester dans la cavité vestibulaire ; elle aurait été versée dans la portion la plus déclive de la cavité péritonéale, si on l'avait faite pendant l'état de vacuité du rectum.

L'*estomac* ouvert et vidé ne contient pas traces de melœna, mais présente des altérations multiples, dont l'appréciation est soumise à M. le prof. Augier, qui veut bien nous remettre la note suivante :

L'estomac est dilaté. La surface externe est normale, lisse, sans exsudations ni coloration spéciale. Pas de ganglions hypertrophiés au niveau du pylore et de la petite courbure. Les parois de l'organe sont amincies, surtout au niveau du grand cul-de-sac.

A l'ouverture de l'organe, il s'écoule un liquide brun-grisâtre non hématique.

La grosse tubérosité et le petit cul-de-sac, surtout au niveau de la paroi postérieure, présentent une coloration noirâtre, soit sous forme diffuse. soit sous forme de taches ; elle est due à la présence de la matière colorante du sang ; tout autour il existe un véritable piqueté hémorrhagique sous forme d'un fin semis ; il n'y a pas en cet endroit de lésions ulcéreuses appréciables.

Vers la région moyenne de l'estomac, près de la petite courbure et sur la face postérieure, on trouve des lésions tout à fait remarquables.

Il y a là une série d'eschares de forme nettement arrondie et de coloration gris noirâtre. La portion ainsi escharifiée de la muqueuse gastrique présente, au niveau d'un certain nombre de ces plaques, un véritable sillon d'élimination ; ce sillon n'est pas encore assez profond pour permettre de détacher l'eschare.

Comme dimensions, les plus petites sont de la largeur d'une tête d'épingle ; la plus grande a presque la grandeur d'une pièce de 20 centimes, il existe en outre une série de plaques intermédiaires. Ces eschares, qui, par leur coloration noirâtre et leurs bords nettement découpés, tranchent sur le reste de la muqueuse d'un gris-blanchâtre, sont groupées presque en un même point sur une étendue à peu près égale à la paume de la main. Autour d'elles et dans leur voisinage, la matière colorante du sang qu'elles contenaient s'est partiellement dissoute et a teint en rouge-clair la muqueuse voisine. A côté de ces points escharifiés, on trouve çà et là une série de petites érosions punctiformes lenticulaires. Au niveau de ces érosions la muqueuse est presque entièrement détruite comme à l'emporte-pièce.

De ces lésions il faut conclure qu'il s'agit d'une gastrite ulcéreuse due à l'action d'un agent corrosif, sans qu'on puisse distinguer

si le poison est arrivé dans l'organisme par la voie buccale ou de toute autre façon.

Par ailleurs, la date d'évolution doit être considérée comme récente, d'abord parce que les eschares sont encore entièrement adhérentes, ensuite parce que tout le reste de la muqueuse présente un aspect presque sain.

Le *foie*, de poids normal, est d'une couleur brun-rougeâtre, il est en voie d'atrophie pigmentaire.

Si l'on compare cette description avec le petit nombre de relations antérieurement publiées, on est en droit d'y reconnaître les caractères de la gastrite ulcéreuse mercurielle ; et il est permis de conclure que la malade a succombé à une forme rare et à évolution presque lente et surtout fruste de l'empoisonnement par le sublimé.

Cependant, le sublimé n'a été employé que dans la mesure ordinaire pour assurer la désinfection après le processus gangréneux et avant l'hystérectomie. Il est vrai que plusieurs injections intra-utérines ont été pratiquées à cette époque, mais le liquide employé était d'un titre très inférieur à celui de la liqueur de Van Swieten — et il serait impossible d'interpréter cet empoisonnement, si l'on ne tenait compte des défectuosités de l'état général de la malade, dont l'organisme absorbait et accumulait le mercure autrement qu'il le fait dans des conditions ordinaires.

Observation III.

par le Dr F. Duval, de La Capelle (Aisne.)

Mademoiselle Sophie D..., ancienne institutrice à Camphin-en-Carembault (Nord), perd du sang abondamment et presque continuellement depuis l'âge de 52 ans ; de temps en temps, le sang s'écoule en caillots et la malade éprouve des endolorissements qui ne présentent pas les caractères de véritables coliques utérines.

Réglée à l'âge de 14 ans, elle a perdu du sang périodiquement à des intervalles variables de trois à quatre semaines ; elle n'a jamais eu de douleurs, pas même de sensation de courbature lombaire ; elle n'a jamais remarqué de caillots, ni de productions pseudo-membraneuses.

Vers l'âge de 22 ans, deux époques se passent sans aucune perte de sang ; puis commencent des pertes qui n'ont plus aucun caractère périodique, qui sont continuellement formées de sang pur, tantôt liquide, tantôt coagulé, parfois même tellement copieuses, qu'elles en deviennent inquiétantes. La malade a remarqué que l'évacuation des caillots est accompagnée d'un état endolori du bas-ventre, sans véritables poussées douloureuses. Le siège de cet endolorissement est toujours localisé en un même point, vers le flanc gauche.

Jamais il ne survient aucune gêne pour la défécation. La miction n'est pas entravée, il est vrai ; mais le besoin s'en fait sentir cinq à huit fois pendant la journée, cinq à six fois pendant la nuit ; elle ne détermine pas toujours de soulagement complet ; elle laisse alors subsister une sensation illusoire de besoin qui est parfois très pénible.

L'ergotine employée sous diverses formes n'amène aucune amélioration notable.

Le 24 juin 1891, M. le docteur Couvreur, de Seclin, applique l'écraseur linéaire et ramène un polype du volume d'une noisette.

Le 22 décembre 1891, M. le docteur Couvreur, avec la collaboration de M. le docteur Lenys, de Carvin (Pas-de-Calais), pratique un curettage du col utérin.

Malgré ces interventions et les soins accessoires, la situation ne s'améliore pas.

Le 7 février 1892, M. le docteur Guermonprez, de Lille, est appelé à examiner la malade. — La palpation indique d'emblée dans l'hypogastre une tumeur sphéroïdale du volume d'une grosse pomme, d'une consistance ligneuse, d'une surface lisse. Cette tumeur est superficielle, peu sensible à la pression ; elle est quelque peu mobilisable de gauche à droite ; mais, quand elle est laissée à elle-même, elle se place non pas seulement sous la ligne blanche, mais un peu à gauche de celle-ci. Il est assez facile de contourner la tumeur dans ses portions latérales ; mais on ne peut parvenir derrière celle-ci, tant à cause de la rigidité de la paroi, qu'à cause de son épaisseur plus importante qu'on ne devrait la soupçonner chez un sujet aussi peu corpulent.

Le toucher vaginal conduit directement sur une tumeur dure, du volume d'une mandarine, d'une forme sphéroïdale et dont le siège est manifestement en arrière de la vessie. Il faut, en effet, explorer la surface de la tumeur et même franchir celle-ci pour atteindre le col utérin : on reconnaît celui ci sur la ligne médiane, bien qu'il soit complètement effacé, ou plutôt confondu avec la tumeur elle-même, qui s'est développée dans la lèvre antérieure du museau de tanche. Le doigt pénètre dans le col, reconnait la lèvre postérieure amincie et de consistance normale ; puis, partant de ce point de repère, vérifie que la lèvre antérieure est confondue avec la tumeur elle-même, qui s'est incontestablement développée dans l'intérieur de son tissu. La surface interne du col utérin est molle, fongueuse, saigneuse, surtout en avant ; sa forme est modifiée par le développement du fibrome de la lèvre antérieure : il en résulte que la coupe de la cavité cervicale donnerait la configuration d'un croissant ouvert en avant. Les culs-de-sac latéraux sont libres ainsi que le postérieur.

Le toucher rectal confirme les données du toucher vaginal, sans y ajouter de document notable.

La palpation du ventre, pratiquée pendant l'attitude genu-pectorale, ne fournit aucun renseignement qui mérite d'être signalé.

L'hystéromètre se dirige spontanément vers le côté gauche de la

malade et il n'y est pas mobile. Il ne pénètre guère qu'à six et demi ou sept centimètres.

Le diagnostic adopté est formulé en ces termes : fibro-myomes multiples, dont le principal est développé sous le péritoine et un peu vers la gauche de la face antérieure de l'utérus, tandis qu'un autre, moins important, siège dans la lèvre antérieure du museau de tanche. Le pronostic ne prévoit aucune amélioration spontanée, ni aucun soulagement important par un traitement médical ; l'hystérectomie abdominale totale est proposée. (Injections chaudes d'alun à 10 °/₀ ; un lavement tiède chaque jour ; alimentation copieuse et reconstituante.)

Le 19 avril 1892, M. Guermonprez examine à nouveau la malade avec M. le docteur Derville, son collègue. — Par le palper abdominal, la tumeur est trouvée encore plus superficielle et plus volumineuse : elle arrive à deux doigts de l'ombilic. — Le toucher vaginal conduit sur un col presque effacé, déplacé vers la gauche de la malade, avec une surface interne fougueuse uniformément, sauf en un point, où se trouve un noyau moins ramolli, dont le volume et la consistance peuvent être rapportés au point d'insertion d'un myome préalablement enlevé. Les culs-de-sac postérieur et latéral gauche sont occupés par une tumeur myomateuse, dure, avec une surface régulière, ni lobée, ni lobulée, du volume d'une mandarine, qui se prolonge d'ailleurs dans la lèvre antérieure. — Le doigt qui soulève la masse utérine apprécie un certain degré de mobilité de l'ensemble ; cette mobilité permet un déplacement de bas en haut dans l'étendue de deux centimètres sans aucun effort. Pendant cette manœuvre, les tissus péri-utérus semblent présenter leur souplesse et leur extensibilité normales. — L'exploration vaginale, bien que pratiquée avec douceur, détermine cependant une nouvelle et notable métrorrhagie. Le doigt imprégné de ces liquides ne présente pas d'odeur vraiment fétide.

Le cathéter vésical pénètre aisément ; mais, arrivé au fond de l'urèthre, l'instrument heurte d'emblée la masse dure. Il est impossible d'introduire le cathéter au-dessous de cette masse ; on ne peut même pas le conduire ni à sa droite, ni à sa gauche : L'instrument ne peut pénétrer ensuite dans la vessie que forcément et dans une seule direction, c'est-à-dire d'arrière en avant et de bas en haut ; de sorte que, pendant le decubitus dorsal, il suit une direction presque verticale. Dans cette direction, il se dirige spontanément vers la droite de la

malade jusqu'à une profondeur qui engloutit sa presque totalité. Conduit de droite à gauche, il subit un ressaut vers la ligne médiane; puis il parvient à s'engager vers la gauche, sans pouvoir aller aussi loin qu'à droite, et surtout sans pouvoir y demeurer à moins d'être maintenu. — Le cathétérisme vésical est indolore.

L'état général de la malade est amaigri et pâle, sans aucune teinte jaune : il n'y a ni toux, ni troubles gastro-intestinaux, ni albuminurie. Seul, l'état d'esprit présente quelques irrégularités, qui sont de la diminution de la mémoire et quelques répétitions de mots, comme il advient au début de certaines formes d'aphasie.

A plusieurs reprises, on constate que le sang et les pertes blanches n'ont pas la fétidité comparable à celle du cancer. Il faut reconnaître toutefois que la malade est, sur sa personne, d'une propreté peu commune et qu'elle surveille sa conversation avec une si attentive exactitude, qu'elle parvient à diminuer et à cacher ses troubles psychiques en même temps qu'elle réussit à écarter toute idée de mauvaise odeur de ses pertes.

Opération. — L'opération est pratiquée le 21 avril 1892 à la maison Saint-Raphaël par M. Guermonprez avec le concours de M. le docteur Derville et le nôtre. La malade, préalablement anesthésiée au chloroforme, est apportée sur le lit d'opération. — La chloroformisation n'est nullement entravée pendant l'acte opératoire ; nous signalerons seulement une sorte de ronchus retentissant, qui se produit chaque fois que l'on tiraille l'utérus ou les ligaments larges.

La malade a pris un grand bain la veille : la paroi abdominale est lavée au savon, à la liqueur Van Swieten chaude, puis à l'alcool à 90° et à l'éther. — On fait une copieuse injection vaginale au sublimé, qui ramène un liquide légèrement teinté de sang par suite d'une superficielle déchirure de la fourchette. Le cathétérisme vésical donne issue à une urine claire et normale.

L'incision méthodique de la paroi abdominale est poursuivie en bas jusqu'au pubis. Elle laisse immédiatement à découvert la tumeur qui se trouve directement à son contact. Il est nécessaire de la prolonger en haut à deux travers du doigt au-dessus de l'ombilic. L'exploration de la tumeur permet alors d'apprécier qu'elle est parfaitement libre.

Celle-ci est amenée assez facilement entre les lèvres de la plaie abdominale. On applique de chaque côté de l'utérus deux pinces-

clamps sur la partie supérieure des ligaments larges, qu'on sectionne à gauche, puis à droite, depuis leur bord libre jusqu'à la hauteur de la vessie. — La tumeur étant ainsi libérée, le chirurgien poursuit son dégagement. La masse intestinale étant soulevée et écartée, il reconnaît aisément le pli péritonéal vésico-utérin, qu'il sectionne transversalement sur la face antérieure de l'utérus, en sculptant pour ainsi dire cet organe ; puis, à l'aide des doigts, le chirurgien dégage complètement et presque facilement la vessie d'avec l'utérus. — Le toucher vaginal, combiné avec l'exploration abdominale pratiquée à ce moment, permet de reconnaître que l'on atteint le museau de tanche et la limite supérieure du vagin. — Armé d'une sonde cannelée spéciale, M. Guermonprez procède alors à la transfixion médiane et antéro-postérieure des parois vaginales : la main gauche a été préalablement interposée entre la tumeur et le rectum, pour protéger cet organe contre une échappée.

Par la boutonnière ainsi créée, deux pinces-clamps sont introduites ; elles saisissent l'une, la moitié droite, l'autre, la moitié gauche du dôme vaginal. On sectionne à l'aide des ciseaux le vagin au-dessus de ces deux pinces et la tumeur est extirpée.

A ce moment, on explore rapidement le champ opératoire, car le sang s'écoule d'une manière inusitée et tend à s'accumuler dans le cul-de-sac de Douglas : c'est une branche de l'artère utérine gauche qui s'est échappée d'entre les mors de la pince, qui n'est d'ailleurs pas pourvue de dents ; — on s'empresse d'en appliquer une nouvelle à ce niveau. — Trois ou quatre pinces à forcipressure sont ensuite posées sur les portions antérieures de la surface de section, là où le sang s'écoule en nappe et sans jet. — L'hémostase est dès lors obtenue.

Par le toucher vaginal et l'exploration abdominale combinés, on constate qu'il est resté une minime portion de la lèvre postérieure du col. Celle-ci, qui est ramollie et friable, est enlevée à la curette dans sa totalité.

Le chirurgien procède ensuite sans difficulté à l'ablation des annexes. Deux fils de soie de chaque côté assurent l'hémostase de chacun des deux ligaments larges.

Au niveau de la surface de section la plus voisine du vagin, l'hémostase est plus laborieuse. Elle est obtenue par deux fils de soie doubles placés de chaque côté comprenant le dôme vaginal ainsi resserré par quatre ligatures solides à la soie.

La constriction de ces nœuds a cependant présenté une particularité sur laquelle il est nécessaire d'insister. — A plusieurs reprises on a pu remarquer que le tissu s'écrasait entre les mors de la pince : on a de même eu la déception de voir le fil de ligature étrangler et même couper le tissu qui ne présentait cependant ni infiltration plastique, ni altération de couleur de nature réellement inquiétante. Le temps de l'hémostase définitive fut cependant réellement laborieux, mais non difficile, du moins pour le côté gauche de la malade. Il put toutefois être terminé sans laisser de larges hiatus de l'orifice vagino-péritonéal. — Cette hémostase est cependant arrivée à devenir parfaite : on en a pu juger avant le lavage péritonéal, la vérifier à nouveau après avoir terminé celui-ci. Les suites opératoires en ont d'ailleurs fourni la sanction, puisqu'il n'y a jamais eu aucune tendance à l'hémorrhagie.

Une dernière injection vaginale au sublimé ramène quelques débris du col, qui s'était partiellement effrité dans le vagin. — Le cathétérisme vésical donne issue à une très petite quantité d'urine normale.

La réunion de la paroi abdominale est assurée par trois plans de suture : d'abord une suture au surjet au catgut N° 2 du péritoine pariétal, puis une semblable de la couche musculaire, enfin une suture au crin de Florence de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Pansement ordinaire à la vaseline iodoformée, tampon vaginal à la gaze iodoformée.

L'opération a duré deux heures.

Les trois premiers jours se passent sans incident notable, sans vomissements, ni souffrance d'aucune sorte : l'opérée est apyrétique ; mais elle demeure somnolente et semble toujours distraite.

Le quatrième jour, la température demeure à 37° le matin et 38° le soir ; la malade est un peu agitée ; elle ne reconnaît pas toujours son entourage : il lui faut un moment pour éviter une erreur et se souvenir à qui elle parle. De temps en temps il arrive que sa conversation est troublée par quelques mots sans suite, dont la malade s'aperçoit bientôt et qu'elle s'excuse d'avoir dits.

Le cinquième jour, elle se plaint à plusieurs reprises de quelques maux de tête sans pouvoir les localiser ; elle présente un regard animé, presque vultueux, bien que la température observée à plusieurs reprises et avec différents thermomètres n'ait subi aucune élévation.

Le sixième jour survient un peu de photophobie : la malade est

agitée ; elle devient malpropre à l'occasion de sa seconde garde-robe : elle ne souffre plus : il n'y a ni sensibilité, ni ballonnement du ventre. Le pouls est d'une lenteur extrême.

Le septième jour, le tampon vaginal est retiré : sa portion la plus profonde est la seule qui soit légèrement souillée par un liquide légèrement grisâtre ; il ne présente pas la moindre trace hématique.

Le huitième jour la malade se refroidit ; elle s'agite de plus en plus ; elle maigrit, ne reconnaît plus personne. La température, difficile à observer à cause de cette agitation, est manifestement inférieure à la normale. Il est impossible d'obtenir de la malade aucune réponse sensée ; mais de loin en loin il lui arrive de porter la main à la tête, comme si elle y éprouvait une douleur très aiguë, et elle pousse un cri extrêmement intense, qu'il est impossible de ne pas rapporter au type hydrencéphalique.

Le 30 avril la malade est de plus en plus refroidie : les injections hypodermiques de caféine et d'éther ne suffisent plus à la relever de son état inquiétant et elle succombe presque brusquement dans la soirée.

L'autopsie n'a pu être obtenue.

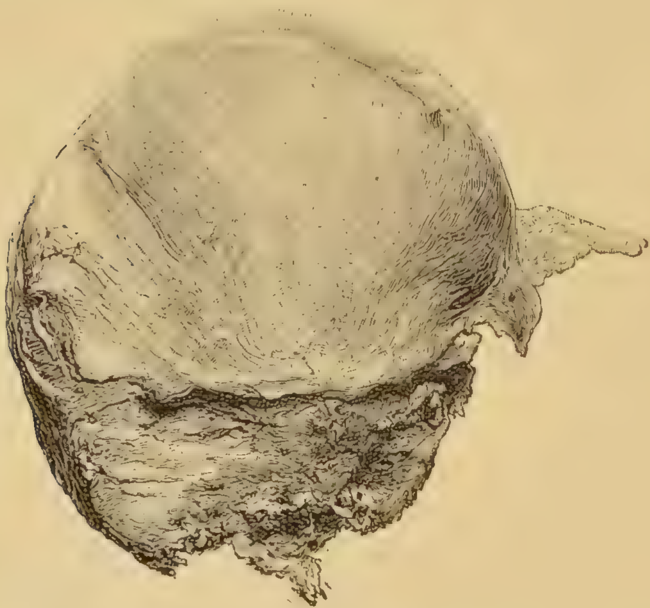


Fig. 5. — Face antérieure. (D'après une photographie.)

L'examen de la pièce a démontré que l'on avait eu affaire à un utérus *fibromateux* (fibromes interstitiels généralisés et myômes sous-séreux de la corne utérine gauche) avec *cancer cavitaire* de l'organe.



Fig. 6. — Coupe transversale et verticale. (D'après une photographie.)

Par l'existence du cancer, s'explique la friabilité des tissus voisins du dôme vaginal, saisis entre les pinces ; et la difficulté de poser des ligatures solides à ce niveau.

Quant à la cause de la mort, elle peut être attribuée à une méningite d'origine cancéreuse.

L'hystérectomie abdominale totale, dans ce cas, n'a été pratiquée que par le fait d'un diagnostic incomplet ; — la présence du cancer nous paraît être une contre-indication à l'opération.

Observation IV.

par le Dr Alf. Plouvier d'Artres, (Nord.)

Mme F...., de Coudekerque, s'est mariée à l'âge de 21 ans et n'a jamais eu d'enfants. L'histoire de ses menstruations est relativement simple : à l'âge de 23 ans elle a eu un retard de deux mois qui s'est terminé par une perte d'eau, suivie de métrorrhagie et d'évacuation d'un morceau aussi long que le doigt, avec une coloration et une configuration sur lesquelles la malade s'explique mal. Cette perte était accompagnée de douleurs de ventre et d'un état demi-syncopal qui a déterminé un séjour au lit pendant quatre jours. — Après cet incident, les règles apparaissent périodiquement à 28 jours d'intervalle ; la perte de sang dure 3 ou 4 jours; et elle s'effectue sans douleur et sans caillots.

A l'âge de 37 ans, les règles commencent à être précédées de douleurs, lesquelles ont assez d'importance pour troubler le sommeil ; ces douleurs déterminent une telle sensation de fatigue qu'elles imposent le repos au lit pendant un ou deux jours. Lorsque le sang commence à paraître, les douleurs cessent et elles ne se renouvellent pas jusqu'au jour qui précède la suivante période menstruelle. Pendant toute la période intercalaire, la malade reprend ses occupations de laitière et de fermière à Dunkerque.

Vers l'âge de 40 ans, elle est opérée par le Dr Dezwarte (de Dunkerque), qui enlève, par les voies naturelles, un polype utérin du volume d'une noix. Cette opération ne nécessite que deux jours de repos au lit ; mais l'opérée garde la chambre pendant environ sept semaines.

Après l'opération, la malade souffre moins ; mais les pertes de sang demeurent abondantes, avec leur périodicité menstruelle ; il s'y ajoute des évacuations d'un liquide aqueux pendant les périodes intercalaires.

A l'âge de 46 ans, elle prend conseil de M. le Dr Tobie Reumaux (de Dunkerque), à cause de l'augmentation du volume du ventre, de sa pesanteur, de ses douleurs, et surtout des pertes de sang qui sont presque permanentes, copieuses et fétides.

Le 21 août 1891, M. Guermonprez est appelé à la voir en consultation, avec M. Reumaux. La malade est une grande et vigoureuse femme, dont l'amaigrissement est appréciable par la flaccidité des tissus ; elle est manifestement pâle, sans présenter d'aspect cachectique. Son facies exprime la fatigue que déterminent de longues et continuelles souffrances. Cependant, la nutrition se maintient ; la fonction urinaire ne semble avoir subi aucune perturbation. Il y a une constipation tenace, mais nullement invincible.

En pratiquant successivement la palpation, la percussion et le toucher, on reconnaît un volumineux groupe de fibromyomes utérins, qui s'élèvent jusqu'à l'ombilic sur la ligne médiane et s'élèvent encore plus haut à droite et surtout à gauche : de ce côté, la masse se trouve en partie recouverte par les rebords des fausses côtes. L'exploration des flancs démontre qu'il y a, en outre, un prolongement, ou bien une tumeur accessoire vers la fosse iliaque gauche. Pendant cette exploration, on acquiert la certitude que plusieurs points (toujours les mêmes) sont vraiment sensibles à la pression et même à la percussion. — Par le toucher, on apprécie d'abord que le vagin est très profond ; le col utérin situé très haut, ramolli, largement ouvert et absolument effacé. Les ligaments larges paraissent libres ; il en est de même du cul-de-sac de Douglas. — Le diagnostic de fibromyome est donc certain : la multiplicité des tumeurs n'est pas non plus douteuse : l'une est intra-utérine et peut-être pédiculée, tandis que beaucoup d'autres sont interstitielles et même sous-péritonéales. L'énorme volume de la masse impose le choix d'une hystérectomie abdominale.

La malade est informée que, sans opération, elle ne peut guérir, ni des douleurs, ni de la pesanteur, ni de l'encombrement que détermine sa tumeur ; — qu'une opération est possible ; — que cette opération est aléatoire ; mais qu'elle ne serait pas proposée si le succès

n'était pas possible. Enfin elle est avertie que cette opération ne présente aucun caractère d'urgence et qu'il est sage de prendre un mois de réflexion avant de se déterminer. — Il lui est conseillé de faire de fréquentes injections tièdes et des lotions assidues en se servant toujours d'une solution d'alun à 10 ou 15 °°/₀₀.

Pendant les mois suivants, les douleurs perdent de plus en plus le caractère des exacerbations menstruelles ; elles sont à peu près persistantes et s'accompagnent d'une pénible sensation de chaleur vers la région épigastrique et surtout vers les flancs.

En juin 1892, la métrorrhagie paraît être un peu plus copieuse ; puis elle cesse définitivement.

Au commencement de juillet survient de la dysurie et en même temps une hydrorrhée souvent copieuse. Le volume du ventre augmente et incommode de plus en plus la malade.

Le 17 juillet 1892, la malade demande à courir les chances de l'opération.

Le ventre est irrégulièrement tuméfié dans toute sa portion sous-ombilicale, avec un aspect mamelonné vers l'hypogastre, une tuméfaction un peu plus importante vers le flanc droit et une apparence étalée dans la profondeur du flanc gauche. — La percussion délimite une zone de matité persistante et uniforme sur la ligne médiane jusqu'à la hauteur de l'ombilic, et dans une largeur de 12 centimètres environ. Au pourtour de cette zone, il en existe une autre, dans laquelle la submatité est variable en importance et en étendue : elle s'étend à 3 ou 4 centimètres au-dessus ; à 6 ou 8 vers la gauche ; à 10 ou 12 vers la droite, surtout au-dessus du pli de l'aine de ce côté droit. — La palpation, conduite avec douceur, permet de différencier trois lobes principaux : l'inférieur et antérieur est un peu plus gros que le poing ; les deux autres sont notablement plus volumineux. Il est facile de passer la main en dehors et même au-dessous du lobe qui siège dans le flanc gauche de la malade, mais il est beaucoup plus difficile d'atteindre le même résultat du côté droit, surtout vers le pli de l'aine : à ce niveau on soupçonne l'existence d'une petite tumeur accessoire. — Pendant toutes ces manœuvres, on apprécie la dureté uniforme de ces masses, qui ne présentent aucun point fluctuant et qui sont partout lisses, fermes et tendues. — Leur ensemble se déplace latéralement dans un espace de quatre à cinq travers de doigt. Quelques points sont sensibles à la pression, surtout vers les flancs. — Au toucher

vaginal, l'utérus a bien conservé son siège normal ; il n'est pas notablement remonté. Il est dur et même très dur. Son col est largement ouvert ; et il en sort un myome du volume d'une mandarine, avec une surface régulière, non friable, uniformément dur, fournissant une suppuration grisâtre, abondante, peu consistante, mais sans grande fétidité. — Le col utérin regarde fortement en arrière ; c'est pourquoi, la malade est placé dans l'attitude genu-pectorale, pour que le spéculum univalve découvre la surface finement mamelonnée du fibro-myome intra-utérin. On reconnaît sa couleur variée, en partie grisâtre ou blanchâtre, en partie rouge-violacée. Le pourtour du col utérin présente un aspect normal. La muqueuse vaginale est saine. Le toucher rectal n'indique rien de notable relativement aux ligaments latéraux. Il n'atteint pas la face postérieure de l'utérus.

En vue de préparer l'opération, la malade est soumise aux injections intra-utérines de 3 litres d'une solution chaude d'alun à 1 $^0/_0$, deux fois par semaine. L'introduction de l'instrument n'est pas toujours également facile, mais on parvient habituellement à une profondeur de 12 à 15 centimètres. Chacune de ces injections détermine une sorte de soulagement, qui ne se prolonge pas plus de 24 heures.

Le 20 octobre, la masse semble un peu moins volumineuse, un peu déplacée vers la droite de la malade ; elle présente les mêmes points de sensibilité au contact ; sa portion médiane a légèrement augmenté de volume ; elle gène de plus en plus l'ampliation de la vessie, du moins pendant la station debout ; cette difficulté est telle que la malade ne se sert même plus du vase ; elle urine incessamment et se borne à renouveler pendant la journée les linges qui sont continuellement souillés d'urine. Il n'en est plus ainsi lorsqu'elle demeure assise ; elle est également exempte de ce soin pendant les 8 ou 10 heures de son séjour au lit ; elle ne se lève qu'une ou deux fois pour pratiquer la miction. Cependant les métrorrhagies sont devenues rares et très minimes. Les douleurs du ventre, des reins et des cuisses demeurent aussi pénibles, aussi tenaces ; elles rendent la vie sincèrement intolérable. — Le toucher montre l'utérus moins haut ; le col est moins ouvert, disposé en fente transversale, avec des bords absolument lisses, réguliers, résistants, sans aucune apparence de fongosités ; entre ses lèvres, une faible portion de myome intra-utérin présente une consistance presque aussi ferme. Cette explora-

tion ramène un muco-pus, blanc-laiteux, absolument inodore. Le cul-de-sac latéral gauche de la malade paraît être plus libre que le droit. Les injections intra-utérines sont désormais renouvelées chaque jour.

La veille de l'opération, la malade prend un purgatif (huile de ricin) et un bain alcalin.

L'opération est pratiquée le 27 octobre 1892 à la maison Saint-Raphaël, avec l'assistance de M. le professeur Derville, MM. les docteurs Reumaux, de Dunkerque et Derode, de Lille, ainsi que de M. le docteur Plouvier.

L'anesthésie est obtenue par le chloroforme ; elle n'est troublée qu'une fois et dans une minime mesure par quelques efforts de vomissements. — Le lavage de la paroi abdominale est pratiqué à la solution chaude de sublimé, à l'alcool ensuite, à l'éther enfin ; — une injection vaginale d'alun à $^1/_{100}$ ramène des flocons grisâtres de matières coagulées, sans rien qui ressemble à des détritus cancéreux. — Une autre injection vaginale au sublimé élimine quelques-uns de ces flocons retenus jusque-là. — Le cathétérisme vésical démontre que la ligne médiane n'est pas accessible, tandis que le cathéter pénètre à une grande distance à droite et à gauche d'une tumeur qui occupe la région médiane.

L'incision est conduite sur la ligne blanche ; elle contourne à gauche l'ombilic et se termine à quelques centimètres au-dessus de lui. La tumeur se présente avec ses lobes très nettement différenciés vers la gauche de sa face antérieure, avec quelques minimes adhérences en bas et à droite ; — mais ce qui attire le plus l'attention et ce qui impose un dégagement immédiat, c'est une large et solide adhérence du grand épiploon en haut, en avant et à droite de cette tumeur. — Immédiatement au-dessus du centre de cette adhérence, le grand épiploon porte un noyau blanc, dur, autour duquel les éléments cellulo-graisseux sont entraînés concentriquement par des plis radiairement disposés et des étranglements régulièrement distribués, de la graisse épiploïque, tant en avant qu'en arrière, et sur tout le pourtour de ce noyau. Au-dessous de celui-ci se trouvent deux kystes du volume d'un gros pois contenant un liquide tout à fait transparent et dont l'un paraît être multiloculaire.

L'exérèse de ce noyau et des tissus circonvoisins est pratiquée

tout d'abord sur une large étendue. — Ce temps opératoire, qui n'avait pas été prévu, est traversé par une série de difficultés pour la réalisation de l'hémostase, tant sont nombreux et importants les vaisseaux de ce repli péritonéal.



Fig. 7. — Face antérieure de l'utérus myomateux. (d'après une photographie artistique de M. le Dr P. Bernard.)

Le temps du dégagement est ensuite effectué ; et il amène à découvrir toute une série de tumeurs accessoires, dont trois, et même quatre, sont situées en avant du ligament large droit : l'une est mal pédiculée ; deux autres sont du volume d'une petite noix ; la principale est du volume d'un œuf de dinde, située immédiatement en avant de l'aileron antérieur du ligament large, transversalement dirigée et très largement, mais lâchement adhérente aux intestins voisins. — En dégageant la tumeur par la face postérieure, on amène deux nouvelles tumeurs pédiculées (fig. 8), présentant chacune le volume d'un œuf de poule et dont la plus supérieure présente un kyste accessoire du volume d'une fève. — Ce qui frappe le plus dans le dégagement de cette face postérieure, c'est l'importance d'un lobe qui remplit presque entièrement le cul-de-sac de Douglas et qui comprime ses parois surtout vers la droite de la malade. — Ce qui rend la situation encore plus complexe,

c'est que cette face postérieure est absolument adhérente à toute la surface pariétale correspondante.

Le temps du dégagement est cependant effectué sans accidents.

Le chirurgien délimite ensuite le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin : il est impossible de le reconnaître, ni par le plissement, ni par la couleur ; il est uniformément rouge et vasculaire par l'état de péritonite chronique, qui altère profondément l'aspect de toute la surface de la séreuse ; mais on parvient à le discerner, en recherchant la limite de la portion adhérente du péritoine : — c'est jusqu'à cette limite, que deux longues pinces à pression continue sont placées sur le ligament large droit ; il en est ensuite fait de même pour le côté gauche : — la section, conduite au bistouri entre les deux, achève de dégager la masse utérine et rend sa face antérieure plus accessible.

Le temps opératoire du dégagement de la vessie est alors conduit au bistouri, en suivant de très près la paroi blanche du tissu utérin et refoulant en avant l'organe vésical, sans qu'on en rencontre les fibres rouges, ni les uretères. — Une hémorrhagie en nappe, relativement copieuse, est le seul incident qui puisse être noté ; elle n'entrave d'ailleurs nullement la rapidité d'exécution de ce dégagement, qui est effectué avec une véritable facilité.

Le toucher vaginal, pratiqué à ce moment, ne permet plus de différencier le col utérin, ni par sa consistance plus dure, ni par son rebord saillant. Ce mode d'exploration, combiné avec la palpation du fond de la plaie derrière la vessie, semble indiquer qu'il ne reste plus qu'une mince paroi à traverser, ce qui est fait immédiatement au moyen d'une boutonnière longitudinale pratiquée au bistouri.

Une forte sonde cannelée, passée à travers cette boutonnière, pénètre dans la cavité vaginale ; puis elle passe au-dessous du fibro-myome intra-utérin, qui semble libre dans la cavité ; enfin la sonde cannelée transperce la paroi postérieure du canal génital et rencontre, dans le cul-de-sac de Douglas, les doigts de la main gauche du chirurgien qui s'y trouvent placés pour protéger la paroi rectale.

Des pinces de Richelot sont placées à droite et à gauche ; mais elles semblent donner d'insuffisantes garanties d'hémostase dans leur portion la plus reculée de l'articulation ; d'autres pinces sont placées en sens inverse, c'est-à-dire d'arrière en avant, et suffisent à combler cette lacune ; — puis la masse néoplasique est enlevée au bistouri.

Un premier lavage péritonéal est pratiqué pour éliminer sans délai

les liquides et les coagula, qui ont pu et qui ont même dû s'écouler de la cavité utérine.

L'ablation des annexes à droite et à gauche présente cette particularité que chacun des ligaments larges est épaissi, rapetissé et surtout très notablement vascularisé, moins à sa surface que dans la profondeur de son tissu : les deux ovaires sont scléro-kystiques, aussi volumineux que ceux d'une femme de 30 ans : les trompes sont tuméfiées, rouges, épaissies, adhérentes aux tissus voisins ; l'un des ligaments larges renferme une tumeur fibreuse du volume d'un pois, l'autre un kyste du volume d'une aveline. — La ligature de chacun des ligaments larges prend beaucoup de temps, bien que les fils de soie fortement serrés demeurent presque tous en place. En des points divers on voit, après la ligature, une sorte de rétraction de la séreuse, qui met à découvert un petit vaisseau artériel jusque-là inaperçu.



FIG 8. — Coupe transversale et verticale. (D'après une photographie artistique de M. le Dr P. Bernard.)

Le temps de beaucoup le plus laborieux, le plus long et le plus

pénible est incontestablement celui de la ligature des deux moitiés du dôme vaginal. Sa coupe est formée de tissu dur, relativement épais, avec des éléments presque parallèlement disposés comme l'est la coupe de la paroi utérine. Bien qu'on ne réussisse pas à différencier nettement la consistance et la saillie du canal utérin sur le canal vaginal, il semble bien certain que l'exérèse a porté sur la portion la plus inférieure du col de l'utérus, dont il reste au moins la lèvre postérieure. Les ligatures qu'on y applique seraient manifestement insuffisantes, si on se bornait à en mettre deux de chaque côté. Trois fils de soie numéro 6 Czerny font la ligature de la moitié droite du canal, trois autres font de même à gauche. Bien qu'elles soient serrées avec la plus grande vigueur, bien qu'elles soient reportées assez bas, et qu'elles soient serrées et reserrées en plusieurs temps successifs, elles ne parviennent pas encore à bien garantir l'hémostase. — On arrive sans grand effet à discerner la surface de section de l'artère utérine et d'une ou deux de ses principales branches de chacun des deux côtés ; on saisit chacun de ces orifices au moyen d'une pince à forcipressure, dont l'extrémité est pourvue de dents dites de souris et on fait la ligature isolément.

Le lavage du péritoine et la suture de la paroi sont ensuite accomplis comme de coutume.

Pendant la soirée la malade se plaint d'une soif assez intense et de quelques douleurs abdominales, tantôt à gauche, tantôt vers la ligne médiane. Le cathétérisme vésical ramène une urine normale. Un vomissement survient dans l'après-midi ; un autre pendant la soirée. Ils sont verdâtres et s'effectuent presque sans effort ; (Champagne ; injection hypodermique de morphine : 1/2 centigramme).

Le 28, un vomissement survient sans effort après-midi, puis deux autres pendant la soirée. La malade urine volontairement et spontanément sous elle ; elle éprouve quelques velléités de défécation et souffre modérément du ventre. Le facies est fatigué, mais non grippé. (trois injections à 1/2 centigr. de morphine).

La nuit est agitée. Une dose de 35 grammes d'huile de ricin est partiellement vomie.

Le 29, les besoins de défécation se répètent, mais toujours sans résultat ; quelques gaz sont évacués au moyen de la sonde rectale.

La miction est effectuée, spontanée, volontaire et régulière. Les douleurs du ventre sont moins intenses.

Vers midi une seconde dose de 35 grammes d'huile de ricin est vomie en partie. La malade est alanguie, très affaiblie ; elle se sent très épuisée ; elle trouve à peine la force de parler ; sa langue est sèche ; sa soif intense. Le vin de Champagne est pris pur et à des intervalles très rapprochés. — Vers 5 heures, le même vin est donné plus copieusement, parce que la dépression semble plus marquée et que le découragement gagne l'entourage. Deux bouteilles de Champagne sont absorbées en quelques heures ; la malade a enfin une selle copieuse et surtout très fétide ; et immédiatement elle se sent améliorée ; elle souffre moins du ventre, est moins incommodée par la chaleur, et se trouve moins déprimée.

Le 30 octobre, on renouvelle les pièces de pansement les plus superficielles, parce qu'elles ont été souillées par l'urine.

Le 1er novembre, le facies est redevenu normal ; les douleurs de ventre ont presque disparu. L'état d'esprit est gai, presque tapageur (alimentation légère).

Pendant les jours suivants une eau minérale naturelle laxative est administrée régulièrement.

Le 4, plusieurs vomissements reparaissent. Il survient une diarrhée peu copieuse. Le ventre est tuméfié, surtout vers le flanc droit. La malade est de nouveau déprimée, somnolente, découragée.

Le 5, après un lavement salé chaud, une selle copieuse détermine un nouveau soulagement. Les douleurs du ventre cessent complètement et le facies redevient excellent.

Puis la ligne de suture se disjoint dans la portion la plus inférieure et aussi dans une portion située un peu plus près de l'ombilic ; mais ces accidents demeurent superficiels et guérissent sans éventration après un bourgeonnement de douze ou quinze jours.

Enfin quelques débris sphacélés sont évacués par les lotions vaginales sans présenter la moindre trace d'odeur.

La malade, guérie, retourne à Coudekerque cinq semaines après son opération.

Le poids de la tumeur atteignait quatre kilos.

Le petit fragment d'épiploon, examiné par M. Augier, a le volume d'une amande. Sa surface est mamelonnée ; les saillies qui proéminent

à la surface sont de volume variable, hémisphériques. Quelques-unes ont une coloration blanchâtre, d'autres une coloration jaune opaque, rappelant tout à fait celle des lobules adipeux. La masse se confond à sa périphérie avec des lobules graisseux du grand épiploon, dont quelques-uns sont en partie sclérosés. — La coupe transversale de cette masse présente un aspect nettement aréolaire et polykystique. Les kystes sont petits, quelques-uns à peine visibles à l'œil nu Les plus volumineux ont à peine le volume d'un grain de blé. Il sont tous nettement arrondis; leur contenu est tantôt transparent, tantôt louche, visqueux et assez épais.

L'*examen microscopique*, après durcissement à l'alcool et coloration des coupes au carmin aluné, donne les résultats suivants :

La majeure partie des coupes est formée par du tissu conjonctif relativement jeune, rappelant le tissu du fibro-sarcome, c'est-à-dire qu'on y trouve presque exclusivement des cellules conjonctives fusiformes, disposées en faisceaux irrégulièrement entrecroisées. Au sein de cette masse conjonctive sont creusées de très nombreuses cavités de forme arrondie pour la plupart. Ces cavités sont, tantôt isolées, tantôt groupées les unes à côté des autres, et, dans ce dernier cas, donnent à la coupe un aspect aréolaire. La surface interne de ces cavités est tapissée par un épithélium cylindrique, formant une bordure continue et régulière. En certains points, la coupe optique rappelle nettement celle des glandes en grappe.

Certaines cavités kystiques ont conservé leur contenu, qui est représenté par une substance granuleuse contenant quelques détritus cellulaires et des boules hyalines voisines du revêtement épithélial, qui sont manifestement des produits de sécrétion.

La bordure épithéliale présente en quelques points des cellules caliciformes intercalées, mais en très petit nombre.

Le revêtement épithélial est formé par une bordure unique, non stratifiée, de cellules cylindriques, qui sont, par places, extrêmement hautes, à noyau ovoïde très allongé. La surface libre est, dans certains points, hérissée de petits filaments, qui, à un fort grossissement, sont très nettement des cils vibratiles. Ces cils vibratiles n'existent pas partout; mais leur netteté est telle dans quelques points, qu'il n'est pas possible d'en nier la réalité. — Quant au revêtement, il rappelle absolument celui de la muqueuse des voies digestives, sauf la rareté

des cellules caliciformes. — Par sa face adhérente, le revêtement épithélial repose sur la charpente conjonctive; mais, à son contact, cette charpente est formée par du tissu conjonctif jeune, presque embryonnaire, dans lequel les cellules sont tassées et contiennent un gros noyau. Il y a donc là, à la périphérie des cavités kystiques, une bordure de tissu conjonctif jeune, qui se différencie nettement de la masse conjonctive voisine.

La masse néoplasique ne présente qu'un très petit nombre de vaisseaux : çà et là, quelques artérioles.

A la périphérie des amas polykystiques, on trouve les lobules adipeux ordinaires du grand épiploon.

En somme, il s'agit d'un kyste multiloculaire du grand épiploon, dont il n'est pas possible de préciser l'origine, et qui rappelle les kystes du mésentère décrits dans les travaux récents (1892).

Les deux *ovaires* sont énormes ; ils ont presque le volume d'une noix. — Leur surface est inégale, hérissée de filaments conjonctifs rompus. — A la coupe, leur tissu est dur et creusé de kystes volumineux à parois lisses et à contenu granuleux, dû à la précipitation des matières albuminoïdes par l'alcool.

Les *trompes* sont un peu hypertrophiées, mais presque normales. Au niveau du pavillon de l'une des trompes, on trouve un kyste appendiculaire, du volume d'un gros pois, à contenu séreux.

Observation VI.

par le Dr Alf. Plouvier, d'Artres (Nord).

Mme D..., âgée de 40 ans, demeurant à Annappes (Nord), vient en 1892, consulter M. Guermonprez, pour des douleurs abdominales et des métrorrhagies assez abondantes, qui persistent depuis un an environ.

Cette femme ne peut fournir que des renseignements très obscurs sur son passé morbide.

On apprend seulement, qu'à l'âge de 32 ans, elle a eu un premier accouchement et qu'une manœuvre aurait été pratiquée le quatrième jour ; (des restes de placenta auraient été amenés à ce moment). — Elle a dû garder le lit pendant deux mois à la suite de ce premier accouchement.

A l'âge de 36 ans, son second accouchement, à huit mois, se fait remarquer par une présentation du siège. On ne peut obtenir de renseignements précis, ni sur les suites de couches, ni sur la menstruation.

Le 30 septembre 1892, M. le Dr Coubronne, d'Hem, examine, pour la première fois, la malade et lui conseille une intervention chirurgicale.

Le 5 octobre, elle vient consulter M. Guermonprez, et se plaint surtout des douleurs et des pertes de sang.

La configuration de l'abdomen est manifestement irrégulière : elle présente surtout une saillie très appréciable et du volume du poing immédiatement à droite de l'ombilic.

La percussion et la palpation démontrent une surface mate et irrégulièrement dure qui dépasse un peu l'ombilic ;— par la palpation, on trouve un noyau superficiel, qui paraît avoir le volume d'une moitié de pomme ; ce noyau peut être aisément déplacé de droite à gauche dans une grande étendue, non sans conserver quelques adhérences,

d'une part à la tumeur, d'autre part vers l'ombilic. La palpation démontre en outre que le flanc gauche de la malade est facile à apprécier jusque vers le détroit supérieur, tandis qu'au contraire il est très encombré, très sensible à l'exploration et absolument rempli par une portion volumineuse de la tumeur dure dans toute l'étendue de la fosse iliaque droite, depuis la peau jusqu'à la région la plus postérieure.

Le toucher vaginal conduit laborieusement sur un col utérin situé très haut : ce col est court, mince, effacé, entr'ouvert ; il est surtout fortement déjeté à la gauche de la malade et un peu en arrière ; il regarde la paroi latérale gauche du bassin et il s'y trouve si fortement appliqué, qu'il n'est pas possible d'explorer le cul-de-sac vaginal gauche, non plus que le cul-de-sac postérieur. — Orienté par ce point de repère, le doigt explorateur reconnaît sans peine que la tumeur dure, lisse, uniforme, qui remplit le petit bassin, se trouve en parfaite continuité avec le col utérin, sans aucun sillon qui en délimite la moindre démarcation. Le doigt explorateur reconnaît ensuite que cette tumeur remplit absolument et distend régulièrement tout le cul-de-sac latéral, en même temps que le cul-de-sac antérieur du vagin. — Il est impossible d'appliquer le spéculum, de quelque façon que ce soit, pour voir le col utérin ; il est d'ailleurs permis d'admettre qu'il n'y a aucune menace de transformation épithéliomateuse ou sarcomateuse, puisqu'on ne trouve ni friabilité, ni état saigneux, ni aucun autre symptôme analogue appréciable par le toucher. — L'hystérométrie est également irréalisable à cause de la déviation très exagérée du col utérin et de sa situation très élevée. — Du reste, un signe important permet de lever tous les doutes, qui pourraient subsister sur la nature de la tumeur : tous les mouvements imprimés à la masse intra-abdominale se transmettent au col utérin de la façon la plus certaine et réciproquement. Ce sont surtout les mouvements de bascule qui présentent à ce point de vue l'évidence la plus absolue.

Le cathétérisme vésical conduit rapidement dans la vessie et témoigne du déplacement de cet organe, qui est déjeté vers la gauche de la malade ; il montre en outre que le réservoir urinaire ne se prolonge pas très haut, ni très loin vers le côté gauche.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement qui mérite d'être signalé.

On porte le diagnostic de fibrome utérin. L'hystérectomie, proposée, n'est pas acceptée immédiatement.

Pendant les quelques mois qui précèdent l'opération, la malade prend avec une véritable assiduité des injections d'eau chaude à 0,5/100 d'alun ; elle ne les interrompt que pendant les périodes les plus douloureuses et aussi pendant les métrorrhagies.

Après bien des tergiversations, elle se décide à courir les chances de l'hystérectomie abdominale totale, qui est pratiquée à la maison St-Raphaël de Lille, le 25 avril 1893, avec la collaboration de MM. Derville, Ch. Legrain, Coubronne et Plouvier. — L'anesthésie n'est troublée par aucun incident notable.



Fig. 9. *D'après une photographie*). — Tout le lobe droit de la masse est décortiqué dans le ligament large, où il était inclus.

M. Guermonprez ouvre la paroi abdominale et prolonge l'incision jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On reconnaît d'abord que la portion très mobile située en avant de la masse n'est autre que le grand épiploon qui ne présente rien d'anormal et descend très bas jusqu'au contact du pubis. On reconnaît ensuite que la très large base d'implantation de la tumeur est incompatible avec la réintégration rapide des intestins dans la cavité abdominale : il faut subir la nécessité de voir une portion importante de l'intestin séjourner hors du ventre pendant plus d'une demi-heure.

L'exploration de la masse fournit un renseignement qui domine tous les autres : c'est l'importance prépondérante d'une masse fibromateuse énorme qui occupe tout le ligament large du côté droit de la malade. Au-dessus de cette masse, se trouve la trompe et l'ovaire du côté correspondant ; sur tout son pourtour, le péritoine est très mobile, tant en arrière qu'au-dessus et en avant, là où précisément il se continue avec la portion de séreuse, qui recouvre la vessie jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin — L'énucléation de cette masse fibromateuse serait facile, si n'était un énorme lacis de vaisseaux, large de trois doigts, étroitement appliqué à la paroi utérine et largement étalé vers la portion externe du ligament large ; c'est un plexus de veines variqueuses, sur lequel il est redoutable de porter la main ou l'instrument. — C'est pourquoi le chirurgien prend le parti de réserver temporairement le dégagement de ce point difficile.



Fig. 10. (*D'après une photogarphie*). — Coupe transversale. La sonde cannelée, placée dans cavité utérine passe sous un fibro-myome intra-utérin.

Il se borne, pour le moment, à sectionner entre deux pinces le ligament large gauche de la malade ; contrairement à son habitude, M. Guermonprez pratique cette section non pas entre l'utérus et les annexes, mais bien entre les annexes et la paroi. Immédiatement la masse bascule, devient plus facilement accessible : ce qui confirme

l'appréciation précédente, à savoir que la difficulté principale n'est pas du côté du col utérin ; elle est dans les connexions de la tumeur du ligament large du côté droit.

Dérogeant une seconde fois à son plan opératoire habituel, M. Guermonprez s'abstient temporairement de sectionner le ligament large du côté droit ; et il procède, sans plus tarder, à l'exécution du temps suivant, qui dégage la vessie d'avec la face antérieure de l'utérus par des coups de bistouri, donnés aussi rapidement que possible au moyen d'un ténotome droit et qui ouvrent quelques artères vésicales et conduisent jusqu'au voisinage du col utérin. — Un aide renverse alors la tumeur d'arrière en avant ; et le chirurgien sectionne le péritoine du ligament large, précisément à ce niveau où se limite la cavité de la séreuse et où commence son adhérence au parenchyme utérin. — Arrivé au-dessous du mésosalpinx et du mésovarium il pratique la section entre deux fortes pinces à pression, en ayant le soin de compléter la pince périphérique par une ligature faite immédiatement à la soie de Czerny N° 6. — A ce moment perplexe, il ne reste plus qu'à traverser l'énorme plexus des veines variqueuses : une pince est placée sans encombre ; une seconde pince à pression était ouverte et allait être serrée, lorsque survient une déchirure du tissu péritonéal et du paquet veineux, qui donne un instant un véritable flot de sang sans aucun jet. Tout aussitôt le chirurgien serre la pince là où elle est, tandis qu'un aide fait de la compression sur l'iliaque primitive et sur sa bifurcation.

Avec une promptitude qui n'a pas duré deux minutes, le chirurgien pratique la boutonnière longitudinale à travers la paroi antérieure du col utérin, ponctionne celui-ci d'avant en arrière jusque dans le cul-de-sac de Douglas, installe une pince à pression sur la portion droite et une autre sur la portion gauche ; et, par une section rapide, il enlève la masse principale de la tumeur, ne laissant que la portion la plus inférieure du col de l'utérus.

Avec un empressement facile à comprendre, tout le petit bassin est rapidement épongé : on ne découvre aucun point qui donne de sang. — La compression des vaisseaux iliaques est prudemment interrompue : aucune hémorrhagie ne se manifeste ; toutes les pinces ont été placées avec bonheur. Il ne reste qu'à compléter l'hystérectomie par l'ablation de ce qui reste du col utérin.

L'ablation du col utérin est accomplie avec une véritable facilité au

moyen de la transfixion du dôme vaginal complétée par l'application de deux pinces à pression l'une à droite, l'autre à gauche, puis par l'excision, soit aux ciseaux, soit au bistouri, en côtoyant de très près le pourtour du col utérin.

Ce temps opératoire accompli, l'exérèse est terminée ; l'opération dure depuis trente-cinq minutes.

Chacune des deux pinces appliquées sur le dôme vaginal est remplacée à son tour par une pince du modèle de M. G. Richelot, qui est placée en permanence dans la cavité vaginale, comme on le fait encore fréquemment après l'hystérectomie vaginale. — Il est facile de vérifier que l'hémostase fournie par ces pinces est bien assurée — et que leur portion la plus élevée fournit les meilleures garanties contre le danger de déraper et aussi contre la menace du contact intempestif de quelques-uns des organes du voisinage.

La ligature de chacun des deux ligaments larges est ensuite pratiquée à la soie avec les précautions ordinaires : l'épaississement et l'infiltration des tissus, en même temps que l'énorme volume des veines, rendent ces ligatures réellement laborieuses et imposent l'application de plusieurs ligatures supplémentaires, qui prolongent considérablement ce temps de l'intervention.

Cependant l'exploration du petit bassin montre l'aspect satisfaisant de la série des ligatures, qui rapprochent les deux feuillets séreux de chaque ligament large, en même temps qu'ils en assurent l'hémostase.

Le dôme vaginal se trouve encore reporté vers la gauche de la malade ; il a la forme d'une simple fente transversale, dont la dimension ne dépasse pas trois centimètres ; rien n'indique l'utilité d'une suture péritonéale, puisque le feuillet qui revêt la face supérieure de la vessie s'étale spontanément jusqu'à la lèvre antérieure de l'orifice vaginal.

Un copieux lavage du péritoine est un instant suspendu par l'alerte que donne l'arrêt temporaire de la respiration. — Enfin la suture de la paroi abdominale est accomplie par plans superposés ; et le pansement iodofomé est placé, tant au pourtour des pinces laissées à demeure dans le vagin, que sur la suture de la ligne blanche.

Le cathétérisme vésical ne ramène pas de sang.

Pendant les premières heures, l'opérée se réchauffe difficilement ; elle se plaint d'une soif assez vive et de quelques douleurs, les unes

dans la région lombaire, les autres dans l'abdomen. Le pouls, très affaibli, est relevé par une injection d'éther, et deux de caféine. La soif est calmée tantôt par du Champagne, tantôt et plus souvent par un mélange d'eau alcoolisée, ou d'eau et de Champagne.

L'opérée se réchauffe seulement vers 8 heures du soir.

Le 26, on constate sur le linge, sous le siège, une très large tache aqueuse à peine teintée de sang. L'opérée s'agite, souffre de quelques regurgitations et de renvois douloureux. Elle se fait appliquer de l'eau froide en permanence sur les deux mains ; puis elle souffre de douleurs dans tout l'abdomen (deux injections caféine).

Pendant la nuit du 26 au 27, les vomissements se renouvellent ; les forces sont déprimées ; l'état général est défaillant : une injection hypodermique de caféine le relève.

Le 27 au matin, elle commence à s'alimenter, malgré un état nauséeux persistant. Puis elle se sent mal à l'aise, dégoûtée de tout aliment et de toute boisson : elle ne veut accepter que de l'eau.

Le 28 vers 5 h. elle prend un purgatif (huile de ricin 30 grammes), vers 7 heures on retire les deux longues pinces à pression du modèle de M. le D[r] Richelot ; il n'y a presque pas de difficultés ; et on réussit sans secousse à les déclencher d'abord, l'une d'emblée, l'autre dès la deuxième manœuvre ; puis on ramène tout ensemble, les deux pinces et leur garniture de gaze iodoformée. — Un fragment de gaze iodoformée est ensuite introduit dans la cavité vaginale, à la faveur d'une onction vulvaire de vaseline iodoformée. — Vers 11 heures, une première selle est évacuée sans incident fâcheux et sans douleur. — Puis l'opérée demande à manger et reprend son facies normal. La miction aussitôt redevient spontanée.

Le 29 avril, une seconde selle a été évacuée sans effort vers quatre heures du matin. Le sommeil de la nuit a été réparateur ; le facies est presque normal ; la pointe de la langue est sèche, ainsi que le milieu. Le soir, la température s'élève à 39°1, sans que le facies soit altéré, sans qu'un autre symptôme nouveau se manifeste. Une selle solide, survenue pendant la soirée, s'accompagne d'une évacuation d'ascaride lombricoïde.

Le 30, un purgatif, administré dès le matin, donne une garde-robe vers midi et quatre ou cinq autres pendant l'après-midi, non sans quelques coliques. La sécheresse de la langue persiste. La

malade est pâle et devient un peu sensible au froid temporaire de la saison. Elle s'alimente suffisamment bien.

Le lendemain, l'état général est très amélioré. La sécheresse de la langue a disparu, en même temps que la température est retombée à la normale. L'opérée n'accuse plus aucune douleur.

A partir de ce jour, les suites opératoires suivent leur cours régulier sans aucun incident.

Le 7 mai, l'opérée commence à se lever ; et, le 16, c'est-à-dire un peu plus de trois semaines après l'intervention, elle retourne chez elle en bonne santé.

Observation VI.

recueillie par le Docteur Alf. Plouvier, d'Artres (Nord).

Mlle P..., âgée de 48 ans, originaire de Carvin (Pas-de-Calais), entre le 17 septembre 1894 dans le service de M. le professeur Duret suppléé par M. Guermonprez.

Sauf l'influenza en 1890, elle n'a pas d'antécédents morbides.

En 1892, elle éprouve des douleurs dans le bas ventre et constate que l'abdomen a augmenté de volume : néanmoins elle s'en inquiète peu et continue son travail. Jusqu'à cette époque, les règles étaient normales.

A partir du mois d'avril 1894, le volume du ventre s'accroît notablement, en même temps les règles deviennent irrégulières et si abondantes, que la malade est, suivant sa propre expression, « baignée dans son sang. »

Ces divers accidents l'amènent à consulter tardivement M. le professeur Baltus, qui fait le diagnostic « fibromyome utérin volumineux » et qui l'engage à entrer à l'hôpital.

L'examenest pratiqué le lendemain de son entrée, 18 septembre 1894.

L'abdomen est très développé ; la dilatation des veines sous-cutanées est très marquée ; la cicatrice ombilicale est un peu effacée ; le ventre paraît être développé symétriquement comme dans une grossesse à terme. La palpation fait constater l'existence d'une tumeur volumineuse, dure, élastique, non uniforme, occupant tout l'hypogastre. Par un de ses prolongements, cette masse atteint la fosse iliaque droite. La percussion aidant, on limite la matité de la tumeur par une ligne courbe à convexité supérieure, dont la partie moyenne s'élève à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic et dont les deux extrémités correspondent à peu près aux épines iliaques. La mobilité est très faible ; il n'existe pas non plus de sensation de flot.

Le toucher vaginal démontre que le col est en position normale ; mais il est raccourci. En combinant le toucher vaginal au palper, on constate également l'augmentation de volume très notable de l'utérus ; de plus tous les mouvements imprimés à la tumeur se communiquent au col utérin.

L'hystérométrie ne peut être faite malgré de nombreuses tentatives ; on constate en effet la présence d'un petit polype, en battant de cloche, libre dans le vagin sur une longueur d'environ 3 centimètres et qui est un obstacle à l'introduction de l'hystéromètre. L'ensemble de ces différents symptômes confirme bien le diagnostic de « fibrome de l'utérus. »

L'opération, acceptée par la malade, est pratiquée par M. Guermonprez le 20 septembre 1894, en présence de M. Carlier, prof. agrégé à la faculté de médecine de Lille et de MM. Colle et Franchomme, chefs de clinique. — Les deux jours précédents, il avait été procédé à un nettoyage soigné et à une désinfection minutieuse des organes génitaux et de la peau.

M. Guermonprez fait une incision médiane verticale, s'étendant en bas à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, en haut contournant l'ombilic pour s'arrêter à mi-distance entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. Les diverses couches de la paroi abdominale sont rapidement incisées ; à l'ouverture du péritoine, il s'écoule une petite quantité d'un liquide ascitique citrin. La tumeur se présente aussitôt à la vue ; et l'on peut constater qu'elle fait absolument corps avec la matrice et qu'elle ne présente pas d'adhérence anormale.

Suivant alors son procédé ordinaire, le chirurgien exécute les temps suivants :

1° La tumeur saisie à pleines mains est soulevée un peu, d'arrière en avant.

2° Les ligaments larges sont reconnus ; le chirurgien y applique deux fortes pinces courbes, l'une en dehors l'autre en dedans des annexes ; et il sectionne entre les deux. Pendant ce temps, un aide fait exécuter à la tumeur les différents mouvements qui facilitent l'application des instruments.

3° La libération de la vessie est menée comme de coutume, jusqu'à sentir la lèvre antérieure du col.

4° Le chirurgien explore le cul-de-sac de Douglas, il place deux pinces le long d'un côté de l'utérus et sectionne entre les deux ; il fait de même sur l'autre bord et ne comprend entre ses pinces que le feuillet postérieur du ligament large et le tissu cellulaire en évitant d'intéresser le péritoine situé en avant et qu'il a refoulé très bas.

5° Il fait ensuite son incision verticale du cul-de-sac antérieur ; et, par la boutonnière ainsi faite, le chirurgien introduit une forte sonde cannelée et perfore le cul-de-sac postérieur.

6° De chaque côté, à droite et à gauche, il applique une pince-clamp, qui comprennent, à elles deux, toute l'épaisseur du dôme vaginal.

7° Il sectionne aux ciseaux par-dessus les pinces et fait l'ablation de la tumeur.

8° L'hémostase, temporairement faite par les pinces, est rendue définitive par des ligatures à la soie.

9° La suture de la paroi est faite à trois plans et le drainage du vagin est assuré au moyen de la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent d'abord excellentes ; la température oscillant légèrement entre 37° et 37°5 ; le pouls se maintenant entre 80 à 90.

Au 8e jour, on enlève les points de suture.

Au 13e jour se déclare une fièvre assez élevée ; le soir 38°5.

Le lendemain l'état de la malade n'a pas changé.

Au 16me jour, en l'absence de M. Guermonprez, M. Franchomme fait administrer un purgatif (huile de ricin 30 grammes) et soumet ensuite la malade à une antisepsie intestinale réalisée par le benzo naphtol et le salicylate du bismuth. Régime lacté.

Au 20me jour après l'opération, la fièvre tombe, sans qu'il y ait eu évacuation d'abcès par le vagin ou par la paroi abdominale. Il est donc très probable que l'infection venait de l'intestin.

La malade légèrement anémiée ne sort que dans les derniers jours d'octobre parfaitement guérie.

Le poids de la tumeur était de 2 kilog. 700.

Observation VII.

recueillie par le Docteur Alf. Plouvier, d'Artres (Nord).

Mme D..., âgée de 36 ans, vient consulter M. le Dr Poiteau, de Bienvillers, en juin 1888, pour des règles prolongées et abondantes.

Cette dame a toujours joui d'une excellente santé et n'accuse aucun antécédent morbide.

Le palper abdominal fait constater à la région hypogastrique, une tumeur qui ressemble à l'utérus distendu par un produit de conception.

En mai 1889, un nouvel examen, plus complet, montre la tumeur dure, régulière, mais avec une légère bosselure à gauche ; elle remonte jusqu'à l'ombilic. Le toucher vaginal et l'examen au spéculum ne font découvrir rien d'anormal. Le toucher rectal fait constater une petite tumeur ovoïde, un peu mobile, au-dessus de la face postérieure du col de l'utérus Les règles sont toujours très abondantes et prolongées ; l'intervalle intermenstruel est à peine de trois semaines. Néanmoins l'état général de la malade se maintient d'une façon satisfaisante jusqu'en 1893. A cette époque Mme D...., perd rapidement ses forces.

Le 17 octobre 1893 une consultation avec M. Guermonprez permet de constater les faits suivants :

La tumeur abdominale, régulièrement arrondie comme l'utérus gravide, remonte à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Les contours sont réguliers, sans bosselures ; la consistance est molle, fluctuante, surtout à la partie supérieure et à gauche, mais inégale selon les points. La sonorité se limite en forme de fer à cheval, à concavité inférieure autour de la tumeur.

Au toucher, le col est situé sur la ligne médiane ; il est petit et de consistance normale. Tous les culs-de-sac sont souples, dépressibles, sauf le cul-de-sac latéral gauche, qui est plus dur et moins dépres-

sible. Si, le doigt étant maintenu appliqué sur le col utérin, un aide soulève la tumeur en la saisissant à pleines mains au travers de la paroi abdominale, on sent manifestement le col se soulever aussi en même temps ; le même déplacement se fait sentir de droite à gauche, mais non de gauche à droite.

Le cathétérisme utérin est très facile ; et l'instrument pénètre complètement dans l'utérus, en se portant manifestement en arrière.

Pour toutes ces raisons on porte le diagnostic de fibrome utérin.

A cette époque l'hystérectomie abdominale totale est proposée ; mais, à cause de son *aléa*, elle n'est pas acceptée par la malade.

A la fin de mai 1894, M. Poiteau revoit la malade et constate que la tumeur n'a guère augmenté de volume ; mais elle est devenue absolument fluctuante. Depuis quelques mois, des douleurs se font sentir dans le ventre, puis dans les membres inférieurs, qui présentent un léger œdème. Bien que l'état général ne soit pas plus mauvais, la malade supporte difficilement ses douleurs ; elle trouve sa vie trop pénible et même intolérable et réclame cette fois une intervention.

M. Guermonprez, qui revoit la malade le 3 juillet 1894, croit pouvoir attribuer la fluctuation à une dégénérescence kystique de la tumeur, qui est cependant bien utérine.

Après avoir pris les précautions antiseptiques ordinaires (injections au sublimé, grands bains), l'hystérectomie est pratiquée par M. Guermonprez, à Saint-Amand-d'Artois, le 10 juillet 1894, avec l'aide des Drs Derville et Poiteau et suivant le procédé déjà décrit.

Aucune particularité ne mérite d'être notée pendant l'acte opératoire. Les sutures de la paroi abdominale sont complétées par drainage à la gaze iodoformée à la Mickulicz ; le tamponnement vaginal est antiseptique à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent des plus simples. A part quelques nausées le jour et le lendemain de l'intervention, nous n'avons guère à signaler qu'une légère élévation de température (38° à 38°,3) et seulement pendant quelques jours.

Le drain de gaze iodoformée à la Mickulicz fut enlevé le 12 juillet.

Un mois après l'opération, l'opérée sortait et reprenait ses occupations habituelles.

La tumeur pesait 5 kilogr. 200.

INDICATIONS DE L'HYSTÉRECTOMIE EN GÉNÉRAL.

par le Docteur Alf. Plouvier, d'Artres (Nord).

On a vu, (pages 7 et suivantes), tous les accidents e complications qui peuvent être observés dans le cours de l'évolution du fibrome.

Cette question a été remarquablement exposée au *Congrès français de Chirurgie* de 1893 par M. Péan ; mais sa conclusion nous semble un peu exagérée, lorsqu'il dit que tout fibrome, même peu volumineux, doit être opéré.

Cette manière de voir n'est d'ailleurs pas partagée par tous les chirurgiens : Verneuil affirme que les corps fibreux ne causant pas d'accidents sont fréquents ; et Knowsley Thornton (1) pose en principe qu'un grand nombre de fibromes ne nécessitent aucun soin. Ce dernier conseille même aux médecins qui, dans le cours d'un examen médical quelconque, viendraient à constater la présence d'un corps fibreux, non seulement de ne pas lui appliquer de traitement, mais encore de ne pas en révéler la présence à la malade ou à son entourage, de crainte de les effrayer.

---

(1) J. Knowsley Thornton. — *British médical Journal*, 11 février 1893, p. 281-284.

Sans être aussi audacieux et aussi catégorique que M. Péan, il ne faut pas non plus pousser la crainte à l'excès.

La plupart des chirurgiens ont, d'ailleurs, une opinion plus modérée : ils sont partisans de l'intervention, mais sous réserves, et suivant des indications nettes et bien établies. — Il ne faut pas oublier, en effet, que *tout corps fibreux ne nécessite pas* une opération, surtout quand cette opération a une certaine gravité.

Il faut, dit M. Schwartz dans son article du *nouveau Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*, pour pratiquer l'hystérectomie, qu'il y ait une *indication vitale*.

C'est également l'avis de M. Bouilly, qui écrit : « Il faut reconnaître que, malgré les récents perfectionnements de la technique opératoire et la grande sécurité fournie par l'antisepsie, le traitement chirurgical des fibromes présente encore la plus grande somme des difficultés, des dangers et des revers de la chirurgie abdominale, et qu'il est sage et prudent de ne conseiller une intervention que dans les cas relativement restreints où elle paraît indispensable (1). »

Il est donc juste de passer en revue ces indications ; nous nous inspirons surtout des publications les plus récentes (1895) sur cette question pour en préciser les limites.

1° *Évolution rapide de la tumeur*. — Cette indication est capitale pour M. Péan : c'est sur elle qu'il appelle plus particulièrement l'attention. C'est, d'ailleurs, celle qu'on retrouve en première ligne dans la plupart des auteurs, en particulier MM. Kœberlé, Hégar, Duval. — M. Bouilly, lui aussi, classe en tête des tumeurs nécessitant une intervention « les fibromes à évolution rapide, dont on peut prévoir et annoncer un développement énorme et indéfini dans un avenir rapproché. »

---

(1) Bouilly. — *Congrès français de Chirurgie*, 4 avril 1893.

Les fibromes, en effet, ont, dans certains cas, une marche tellement rapide; ils déterminent si brusquement des symptômes de compression ou d'inflammation, qu'il est indiqué d'intervenir le plus vite possible.

D'un autre côté, cet accroissement rapide détermine quelquefois la production de thromboses s'étendant dans la tumeur, ainsi que dans les veines iliaques et fémorales. — Deux causes, ainsi que l'a établi M. Bastard, peuvent intervenir dans la production de la thrombose : c'est, d'une part, l'état d'anémie des malades ; c'est, d'autre part, la compression produite par la tumeur sur les veines iliaques. — Cette thrombose, se terminant assez fréquemment par embolie pulmonaire, est assez grave pour qu'on y attache une certaine importance.

Le développement brusque de la tumeur détermine, d'ailleurs, beaucoup plus rapidement qu'un développement long et graduel, les troubles plus ou moins graves dus à la compression des organes abdominaux, ainsi que les douleurs, si fortes quelquefois, qu'on observe dès que le fibrome a acquis un certain développement.

2° *Volume de la tumeur.* — Le volume de la tumeur vient en second rang parmi les indications admises par M. Bouilly. Certes, nous partageons absolument ses idées, lorsqu'il considère comme devant être opérés les fibromes arrivés à un degré tel de développement, qu'ils constituent une gêne, une infirmité et une difformité incompatibles avec les exigences de la vie ordinaire. — Il est certain que, dans ces conditions, un chirurgien ne peut hésiter à pratiquer l'opération.

3° *Hémorrhagies surabondantes, rebelles au traitement médical, et mettant la vie en péril.* — Dans ce cas, évidemment, l'intervention s'impose. Tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point.

Lorsque tous les moyens hémostatiques sont restés sans résultat, il faut intervenir d'une façon plus active, il faut opérer.

Même à l'approche de la ménopause, les temporisations sont au moins inutiles, sinon dangereuses ; car il est aujourd'hui établi, contrairement à l'opinion ancienne, que cet âge a plutôt une action défavorable sur l'évolution des fibromes. C'est ainsi que l'éloignement de la ménopause, présenté comme une indication par Kœberlé, ne peut plus être pris en sérieuse considération : il faut des indications autrement importantes pour justifier une intervention.

4° *Phénomènes de compression du côté de la vessie, des uretères, du rectum* (douleurs, rétention). — M. Bouilly pose en principe que les fibromes, même peu volumineux, exerçant une compression douloureuse du côté de la vessie ou du rectum, doivent être opérés. Si l'opération est indiquée avec des tumeurs de petit volume, elle l'est encore bien plus lorsqu'on a affaire à des fibromes considérables, emplissant l'excavation pelvienne et amenant une obstruction plus ou moins complète.

Les rétentions d'urine, de matières fécales, peuvent créer des situations graves. Une intervention directe pourra seule, dans ce cas, lever l'obstacle..... Et encore, faudrait-il ne pas trop temporiser : on a cité des cas de mort par obstruction intestinale et même par perforation de la paroi antérieure du rectum.

En 1884, M. Pozzi a appelé l'attention sur la fréquence et l'importance des lésions rénales, différenciant nettement celles-ci d'avec les troubles occasionnés par la compression de la vessie ou des uretères. Il a montré l'indication opératoire pressante, lorsqu'on se trouve en présence d'une hydronéphrose ou d'un léger degré d'albuminurie, dus à la compression, et au contraire la contre-indication formelle s'il s'agit d'une altération rénale très avancée, d'un mal de Bright (1).

---

(1) Pozzi. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique.* Paris. Juillet, 1894, p. 1-17.

5° *Troubles d'origine réflexe.* — Des douleurs abdominales, rénales, des troubles digestifs, ou encore l'apparition d'accès hystériformes, motivent parfois les interventions (Péan). Ces douleurs résultent, le plus souvent, d'une lésion concomitante des annexes ; plus rarement, elles sont dues à une mobilité anormale de la tumeur. C'est donc une indication discutable ; et nous pensons que ces symptômes doivent être très prononcés, ou s'accompagner d'une autre indication plus formelle pour justifier une opération aussi importante que l'hystérectomie (1).

6° *Ascite.* — La production d'un épanchement ascitique considérable, tendant à augmenter et à se reproduire rapidement, est une indication de l'avis de la plupart des auteurs, entre autres, MM. Bouilly, Vautrin, etc. — Seul, M. Kœberlé la considère comme une contre-indication.

7° *Dégénérescence de la tumeur.* — La dégénérescence kystique, myxomateuse, sarcomateuse du fibrome n'est pas non plus une contre-indication, loin de là. — Mais, c'est dans ces cas surtout qu'il faudra prendre des précautions avant l'opération ; c'est alors que les soins antiseptiques préliminaires auront de l'importance. Ces soins devront être encore bien plus complets et plus prolongés, si le fibrome est atteint de sphacèle ou de gangrène.

Quant à l'indication résultant de la coexistence du fibrome avec un épithélioma du col, c'est une question discutable. — En tout cas, si l'on se décidait à une intervention, il faudrait évidemment recourir à l'hystérectomie totale.

Telles sont, brièvement résumées, les indications de l'hystérectomie.

Les *contre-indications* étaient presque aussi nombreuses au début de la pratique de l'hystérectomie. Nous n'en voulons

---

(1) Voir sur cette question l'ouvrage de MM. Guermonprez et Meurisse sur l'HYSTÉRIE ; Paris et Lille, 1896.

pour preuve que l'énumération suivante, faite par M. Kœberlé au *Congrès de Copenhague :*

1° Adhérences vasculaires étendues à la paroi abdominale;

2° Enclavement de la tumeur immobilisée par des connexions très étendues ;

3° Inclusion ligamentaire compliquée d'adhérences ;

4° Utérus hypertrophié en totalité ;

5° Tumeur bilatérale et remplissant l'excavation ;

6° Volume trop considérable du corps fibreux.

De toutes ces contre-indications, plus une seule n'est aujourd'hui maintenue. — M. Kœberlé lui-même est revenu de sa première impression, puisqu'au *Congrès de chirurgie* de 1893, après avoir insisté sur la gravité des interventions dans les cas énumérés ci-dessus, il donne la seule contre-indication suivante, tirée de l'état général de la malade : « Il faut s'abstenir d'opérer, dit-il, lorsqu'il existe une affection concomitante incurable, ou des circonstances qui peuvent influer d'une manière défavorable sur la guérison, telles que l'hémophilie, la bronchite chronique, le diabète, la syphilis, etc. »

Aujourd'hui, en effet, on ne doit plus tenir compte du volume, du siège, des caractères de la tumeur. Grâce aux perfectionnements apportés dans le manuel opératoire, ces diverses considérations ne présentent plus aucun intérêt.

Le chirurgien n'a plus à se préoccuper que de l'état général de sa malade. — Le trop grand âge, — un état de faiblesse avancée, — une anémie extrême, — commanderont l'abstention. — Il en serait de même si l'on constatait l'existence d'une affection organique avancée, telle que la tuberculose, le diabète ; — ou bien encore s'il existait des complications du côté d'organes importants, (cœur, poumons, reins).

Cette série de contre-indications n'est pas spéciale à l'hystérectomie ; elle est applicable à toute intervention chirurgicale présentant quelque gravité.

16 juillet 1895.

INDICATIONS DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE EN PARTICULIER.

par le Docteur Alf. Plouvier, d'Artres (Nord).

Ayant posé en principe que toute hystérectomie pour fibromyomes doit être totale, l'hystérectomie abdominale devra être pratiquée toutes les fois que l'hystérectomie vaginale est impossible. Mais jusqu'où s'étend la possibilité de cette dernière? Tel est le point sur lequel les chirurgiens ne sont pas absolument d'accord.

Au début, d'après M. Péan lui-même, le domaine de l'hystérectomie vaginale s'arrêtait aux fibromes, ou très adhérents, ou infiltrés dans le ligament large, ou dépassant le volume d'une tête de fœtus.

Plus tard, on admit comme règle générale que tous les fibromes sous-ombilicaux, sans exception, étaient passibles de l'hystérectomie vaginale.

M. Segond enlève même, par la voie vaginale, des fibromes dépassant l'ombilic de un à deux travers de doigt et même davantage Il admet cependant que les difficultés opératoires sont alors assez grandes, pour que cette façon d'agir ne puisse être érigée en méthode.

A l'étranger, il est loin d'en être ainsi. En Amérique et en Allemagne, on pratique très peu l'hystérectomie vaginale. Les

chirurgiens préfèrent recourir au procédé abdominal, même pour les tumeurs de moyen volume.

En France, on est revenu aussi, du reste, de la primitive et arbitraire délimitation.

M. le Dr Richelot, si partisan qu'il soit de l'hystérectomie vaginale, n'admet pas que l'ombilic constitue une limite invariable : c'est là, pour lui, un *criterium* insuffisant ; et, si le néoplasme s'élève au-dessus du détroit supérieur, même sans atteindre cette limite, et semble soulever l'utérus, il doit être enlevé par la laparotomie. (1).

Et d'ailleurs, il est certain que, pour enlever par le vagin une tumeur atteignant l'ombilic, il faut avoir une habitude consommée de cette opération, tandis que l'ablation de la même tumeur par la voie abdominale est une opération facile à la portée de tous les chirurgiens.

« On s'acharne quelquefois, écrit M. Delagénière, à faire péniblement par le vagin une opération qu'on ferait aisément par l'abdomen. Aussi, loin d'adopter cette manière de faire, nous ne réservons l'hystérectomie vaginale par morcellement que pour les petits fibrômes, qui ne dépassent pas sensiblement le pubis.

» Et encore, dans ces conditions, nous rejetons l'hystérectomie vaginale et lui préférons l'hystérectomie abdominale totale, toutes les fois qu'il existe un obstacle du côté du vagin (atrésie, résistance très grande du plancher pelvien, etc.) ou bien lorsque le fibrôme est enclavé, ou que la malade présente des lésions des annexes. Ce n'est pas que, dans ces conditions, l'opération ne puisse être menée à bien par le vagin ; mais elle devient alors une opération difficile, tandis que par l'abdomen elle reste l'opération réglée et exécutée sous le contrôle de la vue. » (Delagénière, *loc. cit.*).

Il est évidemment très difficile de préciser d'une manière

---

(1) Richelot. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, juin 1893, p. 537.

absolue les indications de l'intervention par l'abdomen ; d'ailleurs il faut compter un peu avec les habitudes, les préférences de l'opérateur. Tel chirurgien, même pour une tumeur volumineuse, préférera la voie vaginale parce qu'il y est plus exercé, tandis que tel autre, habitué à opérer par l'abdomen, pratiquera de préférence l'hystérectomie abdominale. Ce sont des tendances personnelles, dont il faut toujours tenir compte.

On peut cependant poser quelques règles ordinaires.

Il est admis d'abord que tous les fibrômes sus-ombilicaux, sans exception, doivent être enlevés par la voie abdominale.

Ce procédé abdominal devra être employé, même pour certains fibrômes sous-ombilicaux.

C'est par cette voie que doivent être enlevés, par exemple, d'après M. Guinebertière, les fibrômes, même peu volumineux, mais dont la forme est très irrégulière, ou qui sont peu mobiles et présentent des adhérences probables.

On a vu plus haut que M. Richelot est partisan de l'hystérectomie abdominale, quand, par sa situation, le fibrôme, même sous-ombilical, semble soulever l'utérus.

Si on ajoute à cela l'atrésie du vagin et la résistance du plancher pelvien, on voit que les indications de l'hystérectomie abdominale sont assez nombreuses.

Nous avons suffisamment insisté (pp.12 et 23.) sur la nécessité et les avantages de l'ablation totale : nous n'y reviendrons pas. Il suffit de la rappeler : L'ablation totale par la voie abdominale est de beaucoup supérieure à l'hystérectomie par voie double. Elle expose beaucoup moins aux fautes contre l'asepsie ; et, d'un autre côté, toute l'opération se faisant à ciel ouvert, le chirurgien est absolument sûr de ce qu'il fait.

L'hémostase elle-même est beaucoup plus facile.

L'hystérectomie abdominale totale a eu cependant des détracteurs.

Baldy l'accuse de provoquer la septicémie, les hémorrhagies et le shock, bien plus souvent que les opérations

partielles. Il va même jusqu'à l'accuser de raccourcir le vagin, ce qui, paraît-il, serait un sérieux inconvénient, surtout chez les femmes mariées (*especially in married women*) (1).

Aucune de ces accusations n'est soutenable.

Il est évident que la septicémie est bien moins à craindre que dans les amputations partielles, où l'on conserve une portion d'organe plus ou moins remplie de germes infectieux, comme l'ont démontré les expériences de Boileux. — Le vagin, dépourvu de glandes, est certainement plus facile à désinfecter, à rendre aseptique que le col utérin. — A ce point de vue encore l'hystérectomie totale, exclusivement abdominale, est de beaucoup supérieure aux procédés nécessitant une intervention vaginale quelconque.

Les hémorrhagies sont aussi beaucoup moins à craindre : — les primitives peuvent être facilement combattues à ciel ouvert ; — les hémorrhagies secondaires se produisent beaucoup moins facilement après des ligatures faites par petits groupes, ou après le pincement méthodique, que si une ligature en masse a été jetée sur un pédicule plus ou moins gros.

Quant au shock opératoire, il n'est pas plus à craindre ici que dans n'importe quelle autre intervention abdominale.— On avait bien incriminé au début la longue durée de l'opération ; mais aujourd'hui, grâce aux perfectionnements apportés à la méthode, cette objection doit être écartée ; la durée de l'intervention ne dépasse plus la moyenne ordinaire de celle des opérations de ce genre.

Pour ce qui est du raccourcissement du vagin, qui semble si important à Baldy, nous n'en dirons que ce mot : l'hystérectomie vaginale, qu'on peut incriminer au même titre, n'en a jamais été accusée.

En résumé, aucun des reproches adressés à l'hystérectomie

---

(1) In Le Moniet, thèse de Paris ; 1894, p. 87.

abdominale totale n'est sérieux : la septicémie est certainement beaucoup moins à craindre qu'avec n'importe quel autre procédé ; — l'hémostase est plus facile, plus sûre : — la durée de l'opération ne dépasse pas la limite ordinaire des opérations de ce genre, — et le shock n'est pas plus fréquent.

Quant aux avantages, ils sont considérables ; il suffit de les énumérer : la gravité opératoire n'est pas bien grande ; la convalescence est rapide ; la guérison complète, sans récidive possible.

Les statistiques comparatives données par M. Le Moniet démontrent bien le peu de gravité de cette opération. Nous nous contenterons de donner les résultats bruts, sans détails :

Procédé	vagino-abdominal,	38 cas,	6 morts.	Mortalité	15,78 %.
—	abdomino-vaginal,	54 —	8 —	—	14,81 %,
—	abdominal total	342 —	49 —	—	14,32 %,

L'hystérectomie abdominale totale est donc l'opération qui accuse le moins de décès.

D'autre part, la facilité de son exécution et tous les avantages énumérés plus haut permettent de la considérer comme le procédé de choix, le procédé d'avenir pour le traitement des fibro-myomes.

Le 3 juillet 1895, M. le Dr Delagénière (du Mans), a encore communiqué à la *Société de chirurgie* la relation de dix cas dans lesquels l'hystérectomie abdominale totale, a été pratiquée avec succès. Il se montre partisan convaincu de cette opération, et l'indique une fois de plus comme *l'opération de l'avenir*, sans être contredit par aucun membre de la *Société de chirurgie.*

16 juillet 1895.

HYSTÉRECTOMIE TOTALE PAR LA VOIE ABDOMINALE

Par M. Lanelongue, professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Communication à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie de Bordeaux, le 12 juillet 1892.

« M. Lanelongue présente un volumineux utérus fibromateux enlevé chez une femme, dont il fait lire l'observation par son interne, M. Faguet. Il s'agit d'une femme de trente-six ans, multipare, de bonne santé habituelle. Elle découvrit, il y a cinq ans, dans la fosse iliaque droite, une tumeur du volume d'une noix, dure, très mobile, indolore ; jamais de troubles menstruels ; cette tumeur conserva ces caractères jusqu'en mars 1892. A ce moment, les règles furent et demeurèrent supprimées. Le ventre augmenta dès lors brusquement de volume, pour prendre un développement rapide et considérable. En même temps apparurent des douleurs à la moindre pression abdominale, au moindre mouvement ; constipation extrême ; épistaxis intenses et fréquentes.

» La palpation révéla une tumeur volumineuse, uniforme, de consistance ferme, régulièrement arrondie, occupant la partie médiane de l'abdomen. Matité absolue dans toute l'étendue de la tumeur, qui remonte jusqu'à l'appendice xiphoïde. Les flancs sont sonores en toute position.

» Pas de bruit de souffle.

» La vessie paraît étalée à la partie antéro-inférieure de la tumeur.

» Le col, conique, fermé et dur en tous points, est à gauche et en haut, derrière la symphyse. Les culs-de-sac postérieurs et latéraux sont saillants et contiennent une tumeur liquide et fluctuante, que révèle aussi le toucher rectal.

» Hystérométrie, dix centimètres.

» État général mauvais ; amaigrissement ; gêne respiratoire. Ces phénomènes imposent l'opération, qui est pratiquée le 6 juillet 1892. L'utérus enlevé pèse 9 kilogrammes. M. Faguet procède à la coupe de cet utérus, dont les deux tiers supérieurs sont occupés par la tumeur fibromateuse décrite ; le tiers inférieur est occupé par la présence d'un petit fœtus de quatre mois environ, enveloppé de quatre membranes.

» M Lannelongue. — J'avoue que je n'avais pas cru à l'existence d'une grossesse, malgré l'aménorrhée et la présence d'une tumeur kystique et fluctuante au niveau du bassin. D'ailleurs, je n'en aurais même pas moins pratiqué l'opération que les phénomènes généraux menaçants imposaient. Voici comment j'ai procédé : une fois l'utérus amené hors de l'abdomen, diverses méthodes s'offraient à moi ; les traitements intrapéritonéal et extrapéritonéal du moignon ont chacun leurs adeptes et aussi chacun leurs dangers. Le traitement extrapéritonéal, celui qui compte le plus de succès à son actif, m'a souvent donné des mécomptes. C'est ainsi que, chez deux malades, opérées de la sorte par moi, il est survenu, rapidement après l'intervention, du ballonnement abdominal, du refoulement diaphragmatique et la mort par asphyxie. A l'autopsie, aucune trace de péritonite. J'ai attribué la mort à une traction exercée par le moignon extrapéritonéal sur des filets du grand sympathique.

» J'ai choisi de préférence la méthode de Guermonprez, qui prescrit de faire l'hystérectomie totale en deux temps par la voie abdominale. Une fois l'utérus à découvert, j'ai placé deux

longues pinces sur chaque ligament large ; j'ai sectionné de chaque côté entre ces deux pinces, séparant ainsi l'utérus de ses annexes ; puis, j'ai continué en avant et en arrière ces incisions latérales, et je me suis ensuite aidé du doigt pour séparer l'utérus de ces connexions vésicales et postérieures. Dès lors, la tumeur s'est soulevée avec facilité.

» Pendant que je la fais maintenir soulevée, je transperce la paroi vaginale d'avant en arrière, au moyen d'une sonde cannelée poussée jusque dans le cul-de-sac de Douglas. Cette sonde cannelée me servant de guide, j'insinue par la même voie deux grandes pinces et je sectionne le vagin entre ces pinces et le bord correspondant de l'utérus. — L'utérus était dès lors entièrement libéré.

» J'ai pratiqué des ligatures à la soie et enlevé les annexes.

» J'ai bourré, à la façon de Mickulicz, le fond de la cavité pelvienne d'une bandelette de gaze iodoformée mise en communication, non avec la paroi abdominale, mais avec le vagin.

» Depuis sept jours que la malade a été opérée, les suites sont excellentes (1). Un peu d'élévation de température hier, qui a cessé dès l'ablation de la gaze iodoformée qui commençait à sentir mauvais. Je l'ai remplacée par un tampon d'ouate iodoformée.

» Je tiens à signaler quel grand avantage présente, par sa simplicité et sa facilité, l'opération de Guermonprez à laquelle j'ai eu recours, sur celle de Péan, plus compliquée puisqu'elle oblige à une double intervention, abdominale, puis vaginale ».

M. Lefour. « Cette observation est des plus remarquables ; au point de vue obstétrical, il faut se souvenir que l'arrêt brusque des règles, dû ici à la grossesse, se produit quelquefois par la seule présence du fibrome. A noter aussi ce

(1) Aujourd'hui, dixième jour, après l'opération, la malade va fort bien.

développement brusque de la tumeur sous l'influence de la grossesse. C'est un fait sur lequel a beaucoup insisté Guéniot.

» En tout état de cause, ici l'opération s'imposait ; mais, si cette femme avait pu mener cette grossesse à terme, il est possible qu'elle eût accouché sans encombre, le fibrome n'occupant pas l'excavation ; souvent même certains fibromes qui plongent dans le bassin, sans y contracter d'adhérences, remontent au moment de l'accouchement, laissant ainsi le passage libre au fœtus.

» Au point de vue chirurgical, il faut féliciter M. Lannelongue d'avoir préféré aux méthodes extra et intrapéritonéales, toutes fécondes en revers et à l'hystérectomie abdomino-vaginale de Péan, un peu compliquée, le procédé plus simple de Guermonprez...... »

CONCLUSIONS DE LA THÈSE DE M. LE Dr DUVAL

Paris, 26 juillet 1892

I. — L'hystérectomie abdominale totale est indiquée, lorsque les fibromes sont interstitiels et volumineux, ou bien lorsqu'ils empiètent sur la vessie ou les ligaments larges.

L'indication est plus pressante encore, lorsque toute tentative d'hystérectomie vaginale est rendue irréalisable par l'impossibilité d'abaisser l'utérus, ou parce que le col est reporté si en arrière, qu'il est inaccessible à l'action du bistouri.

L'indication est également formelle, lorsqu'une tumeur fibreuse siège dans le col et empêche de constituer le pédicule.

II. — L'hystérectomie abdominale totale présente sur l'hystérectomie vaginale, (même combinée à l'état d'abdomino-vaginale), cette supériorité de conduire chacun de ses temps à ciel ouvert.

Elle présente, sur la méthode supra-vaginale, l'avantage d'une plus courte durée et la supériorité de la suppression du col utérin, avec ses dangers d'infection, d'hémorrhagie, de rétraction douloureuse, de gêne des organes de voisinage, etc.

III. — Cette opération comprend :

1° La section des deux ligaments larges en s'arrêtant à la limite du péritoine vésical ;

2° La section transversale du péritoine vésico-utérin ;

3° La séparation des deux organes au moyen des doigts ou du bistouri, en prolongeant ce temps opératoire jusqu'à sentir la lèvre antérieure du museau de tanche ;

4° L'ouverture de la limite supérieure du vagin, au moyen d'une simple boutonnière pratiquée longitudinalement sur la ligne médiane et sur sa paroi antérieure ;

5° La transfixion du vagin suivant le plan antéro-postérieur, au moyen d'une solide sonde cannelée, que l'on fait sortir dans le cul-de-sac de Douglas ;

6° L'hémostase est assurée avant l'exérèse au moyen de deux pinces-clamps si bien accréditées pour l'oophrectomie et la salpingectomie.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINO-VAGINALE ET HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE POUR FIBROMYOMES UTERINS

(*Semaine médicale*; Paris, 25 février 1893.)

Par le Dr F. Gross, Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Lorsque l'indication existe de pratiquer l'hystérectomie abdominale pour un fibromyome utérin, c'est à l'hystérectomie supra-vaginale qu'on a généralement recours. Les difficultés de constituer et de traiter le pédicule utérin ont déterminé quelques chirurgiens à préferer l'*hystérectomie totale*. Malgré l'importante communication de M. le docteur Péan à l'Académie de médecine (1) et une brillante démonstration par M. le docteur A. Martin devant les membres du Congrès international de gynécologie à Bruxelles, les avantages de cette dernière ne sont pas encore définitivement établis.

I.

Les difficultés que présentent la constitution et le traitement du pédicule dans l'hystérectomie supra-vaginale sont bien

---

(1) Péan. De l'ablation totale de l'utérus pour les grandes tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de cet organe. (*Semaine Médicale*, 1892, p. 229.)

connues; on leur oppose deux méthodes de traitement : la méthode *extrapéritonéale* et la méthode *intrapéritonéale*. La majorité des chirurgiens se montre partisan de la méthode *extrapéritonéale* créée par Koeberlé et Péan, perfectionnée surtout par Hégar, dont le procédé est aujourd'hui préféré. Le pédicule, étreint par un cordonnet de caoutchouc, est fixé dans l'angle inférieur de l'incision des parois abdominales et isolé par la suture du péritoine pariétal au revêtement péritonéal de la portion du pédicule située au-dessous de la ligature élastique. Le grand avantage de la méthode est de permettre la surveillance du pédicule, principalement au point de vue des hémorrhagies, au cas où la ligature viendrait à lâcher ou à glisser. Par contre, la méthode extrapéritonéale présente une série d'inconvénients. Elle laisse *exposée* l'extrémité du pédicule, dont toute la partie située en avant de la ligature est destinée à être éliminée. Avec l'antisepsie et l'asepsie, le dessèchement des parties étreintes, l'élimination peut, il est vrai, avoir lieu par nécrose aseptique ; mais le plus souvent elle est accompagnée de suppuration. Les éléments pyogènes arrivent par les contacts extérieurs ; souvent aussi ils viennent de la cavité utérine qui s'ouvre au centre de la surface de section du pédicule et contamine le foyer opératoire. Si on n'y prend garde, il peut survenir des accidents plus sérieux, tels que rétention du pus, clapier où s'accumulent les produits septiques, décollement, phlegmon, voir même péritonite septique. Dans les cas les plus simples et les plus bénins, la suppuration persiste toujours jusqu'à élimination des dernières parcelles de tissus mortifiés et cicatrisation complète du trajet. Les risques existent pendant tout ce temps. Or, un des inconvénients reprochés à la méthode extrapéritonéale est précisément la lenteur de la guérison provenant de la chute souvent tardive des parties mortifiées du pédicule et des difficultés de la cicatrisation de la surface bourgeonnante qui reste à sa suite. Il persiste parfois, pendant un temps fort long, un trajet fistuleux, une fistule abdominale entretenue par la présence au fond de

la plaie d'une partie de la muqueuse utérine. Cette fistule peut devenir abdomino-vaginale. Enfin, la région de la cicatrice est le siège assez fréquent d'éventrations secondaires : d'autres fois, il survient des accidents consécutifs de rétraction, des désordres vésicaux, etc.

Tous ces inconvénients ont porté les chirurgiens à rechercher, pour le pédicule utérin, un mode de traitement plus avantageux. Ceux-ci ont été conduits à lui appliquer la méthode *intrapéritonéale*, qui donne de si brillants succès dans l'ovariotomie. Les procédés ont variés. En Allemage, c'est le procédé de la *suture à plans superposés* du moignon, ou procédé de Schroeder, qui semble être le plus en faveur ; parmi nous, c'est à la *ligature élastique perdue*, proposée en 1881 par Olshausen, recommandée par Terrillon, Richelot, Delétrez, qu'on accorde généralement la préférence. Tous les inconvénients provenant de l'élimination lente et difficultueuse du pédicule sont supprimés ; mais la méthode présente d'autres dangers : on cite des cas où il y a eu sphacèle du pédicule et péritonite septique mortelle ; d'autres où la ligature élastique a manqué et où l'opérée a succombé à une hémorrhagie intra-abdominale qu'on n'a pu combattre à temps ; d'autres enfin, où le corps étranger n'a pas été toléré et a été éliminé, soit par le vagin, soit par le rectum, par un travail de suppuration ultérieur.

Quelle que soit la méthode suivie, le pédicule utérin a déjà produit de nombreux mécomptes. Rien de surprenant qu'on ait cherché à faire mieux et qu'un certain nombre de chirurgiens aient résolu de le supprimer par une extirpation complémentaire, ou à faire d'emblée l'*hystérectome totale*.

II.

C'est Burnham (de New-York) qui paraît avoir fait la première *hystérectomie abdominale totale* pour fibro-

myome utérin (1). Dès 1868, Koeberlé a pratiqué la même opération. Nous nous rappelons l'avoir assisté à cette époque, à deux reprises, pour des extirpations totales de la matrice, exécutées d'après les préceptes qu'il a rappelés au Congrès international de Copenhague (2). Schroeder (3), Snegiref (4) ont cité des opérations analogues. Mais ce sont Bardenheuer (5) et A. Martin (6) qui, les premiers, proposèrent systématiquement l'hystérectomie abdominale totale comme méthode générale devant remplacer l'hystérectomie supra-vaginale dans le traitement des fibromyomes de la matrice. Plus récemment, Chrobak, Goullioud, Guermonprez, Péan, Doyen, ont émis des opinions analogues.

L'hystérectomie totale comprend deux procédés : l'*hystérectomie abdomino-vaginale* et l'*hystérectomie abdominale totale*.

A. *Hystérectomie abdomino-vaginale*. — Ce sont Bardenheuer et A. Martin (7) qui, les premiers, ont eu l'idée de compléter l'hystérectomie supra-vaginale par une extirpation complémentaire du pédicule pratiquée par le vagin. En 1891, dans une importante communication au Congrès de chirurgie, M. Bouilly (8) a rapporté qu'il a procédé de la sorte chez une

---

(1) Burnham *in* Péan et Urdy. Hystérotomie, etc., 1873, p. 5.

(2) Koeberlé Du traitement des fibromyomes par la laparotomie. (*Gaz. médicale de Strasbourg*, 1884, p. 141).

(3) Schroeder *in* Hofmeier. Die Myomotomie, 1884, p. 70.

(4) Snegiref *in* Uspenski. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, Bd. XVI).

(5) Bardenheuer. (*Centralblat. f. Gynäkol.*, 1882, n° 22).

(6) A. Martin. Ueber Myomoperationen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol*,, Bd. XX, 1890, p. 1).

(7) *Loc. cit.*, p. 18.

(8) Bouilly. Hystérectomies abdominale et vaginale combinées. (*Ann. de gyn.*, T. XXXV, 1891, p. 314, et *Semaine médicale*, 1891, p. 132).

malade atteinte d'un cancer du col et d'un volumineux fibrome du corps, haut situé et remontant jusqu'à l'ombilic. Dans un premier temps, M. Bouilly a pratiqué l'hystérectomie supra-vaginale et extirpé le fibrome. Le pédicule a été réduit et le ventre immédiatement fermé. Dans un deuxième temps, le chirurgien a appliqué par le vagin, sur les ligaments larges, les deux grandes pinces-clamps, qui servent dans l'hystérectomie vaginale et enlevé à la fois le néoplasme du col et le pédicule. Les suites de la double hystérectomie ainsi pratiquée furent très simples et le succès obtenu engagea M. Bouilly à émettre l'avis que ce mode opératoire pourrait être appliqué avec avantage à l'extirpation de certains fibromes utérins. C'est ce que M. le docteur Goullioud (1) eut occasion de faire. Chez une malade atteinte d'un fibrome de la matrice, M Goullioud pratiqua, dans un premier temps, l'hystérectomie supra-vaginale, puis ferma la grande cavité péritonéale par un simple surjet péritonéal afin de se ménager la facilité de la rouvrir d'un coup de ciseaux s'il était nécessaire. Dans un deuxième temps, il extirpa le pédicule utérin d'après le procédé de l'hystérectomie vaginale. Dans une troisième temps, il acheva la suture de la paroi abdominale.

Dans sa communication à l'Académie de médecine, M. Péan a décrit (2), avec sa haute compétence, le procédé opératoire qu'il a suivi depuis 1869. Après avoir ouvert l'abdomen, M. Péan attire la tumeur fibreuse au dehors, place un lien de caoutchouc au-dessous d'elle, le plus près possible du col, et résèque toute la portion sus-jacente de la tumeur. S'il y a plusieurs lobes, il les enlève après avoir successivement appli-

---

(1) GOULLIOUD. Hystérectomie pour cancer utérin et pour prolapsus. Extirpation vaginale du pédicule de l'hystérectomie abdominale. (*Arch. de tocol. et de gyn.*, juillet 1891). — Hystérectomie abdominale suivie de l'extirpation vaginale du pédicule. (*Arch. de tocol. et de gyn.*, octobre 1891, et *Lyon méd.*, 1891, n° 43).

(2) PÉAN. (*Loc. cit.*).

qué des liens de caoutchouc le plus bas possible. Lorsqu'il ne reste plus que le col et la partie inférieure du corps de l'utérus, il a soin, quand cela est nécessaire, de dégager la vessie et le rectum. Il place ensuite, soit au-dessus, soit au-dessous du lien de caoutchouc suivant le cas, un fil métallique serré à l'aide d'un ligateur spécial, résèque le moignon aussi près que possible du lien métallique, en ayant soin d'éviter la muqueuse, afin de diminuer le plus possible son volume, puis réduit le moignon et ferme par suture la plaie abdominale. M. Péan enlève ensuite le col de l'utérus, le moignon et le lien métallique par la voie vaginale, en ayant recours au pincement des ligaments larges et au morcellement.

B. *Hystérectomie abdominale totale.* — L'opération se fait en *un temps* ou en *deux temps*. A. Martin. Chrobak, Guermonprez, Doyen s'en sont portés les défenseurs.

A. Martin (1), dans la plupart des cas, a procédé en deux temps. Le premier temps de son opération consiste dans la laparotomie. Le ventre ouvert, la tumeur est soulevée et attirée hors de l'abdomen ; un lien constricteur est appliqué sur le col. Si la manœuvre est malaisée, s'il existe des fibromes intraligamentaires, il faut d'abord isoler le col. Les ligaments et leurs vaisseaux sont liés ; puis la masse principale de la tumeur située au-dessus du lien constricteur est détachée et enlevée. Le deuxième temps comprend l'extraction du pédicule, qui se fait par la voie abdominale. La libération du moignon utérin n'est pas toujours aisée, vu les difficultés qu'il peut y avoir à opérer dans le fond du bassin. A. Martin commence par ouvrir le cul-de-sac vaginal postérieur, qu'un aide refoule vers en haut, avec le doigt introduit dans le vagin. L'incision du cul-de-sac doit être faite directement contre la face postérieure du col utérin. La lèvre postérieure de l'incision du dôme vaginal est aussitôt saisie avec une pince tire-balles. L'index

---

(1) A. Martin. (*Loc. cit.*, p. 16).

gauche est ensuite introduit par la boutonnière péritonéo-vaginale dans le vagin pour servir de guide pendant la libération du moignon utérin. Au fur et à mesure qu'il détache le vagin, A. Martin en réunit les bords à ceux de l'incision péritonéale, par des points de suture au cagut ; passés du haut en bas, assez rapprochés les uns des autres et destinés à fermer les espaces cellulaires pelviens. Trois ou quatre points suffisent en arrière et autant de chaque côté. Ces points peuvent parfois être placés avant de détacher le col. En avant, la manœuvre présente des difficultés en raison du voisinage de la vessie. Là encore, trois ou quatre points de suture péritonéo-vaginale sont nécessaires. Le col, une fois détaché, est retiré par l'abdomen. Pour terminer, A. Martin rétrécit par un surjet l'ouverture péritonéale au fond du bassin, établit un drainage vaginal, et réunit la paroi abdominale.

Lorsque A. Martin opère en un temps, la première partie de l'opération est simplifiée ; après l'application des ligatures sur les annexes et les ligaments, il passe aussitôt à la libération du col et celui-ci est détaché et enlevé avec la tumeur. C'est ainsi que A. Martin a procédé dans une opération qu'il a pratiquée, en septembre dernier, à la clinique de M. le docteur Jacobs (de Bruxelles) devant les membres du Congrès international de gynécologie. Comme perfectionnement du procédé, ajoutons que nous avons vu A. Martin, dans cette même opération, réunir tous les fils en un faisceau qui fut passé dans le vagin et retiré par la vulve, sans doute pour assurer le drainage. L'opération fut terminée par l'application d'un surjet sur le péritoine pelvien et la fermeture du ventre d'après les règles ordinaires.

En France, c'est M. Guermonprez (1) qui, le premier, rappela l'attention sur les indications de l'hystérectomie totale

---

(1) Guermonprez. Hystérectomie abdominale totale, 1891.
Duval. L'hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes utérins. (*Thèse de Paris*, 1892).

dans les tumeurs fibreuses. Pour ce chirurgien, l'opération doit être faite en un temps. Après avoir ouvert le ventre, il soulève et attire la tumeur hors de la cavité abdominale, puis sectionne les ligaments larges en s'arrêtant à peu de distance des artères utérines. M. Guermonprez divise ensuite transversalement le péritoine vésico-utérin et sépare les deux organes au moyen des doigts, en prolongeant ce temps opératoire jusqu'à ce qu'il sente la lèvre antérieure du museau de tanche. Il ouvre le vagin à la limite supérieure, en y pratiquant une simple boutonnière longitudinale sur la ligne médiane et sur sa partie antérieure ; il introduit ensuite par l'ouverture une sonde cannelée, qui transfixe le vagin suivant le plan antéro-postérieur pour sortir par le cul-de-sac de Douglas. Par la double boutonnière ainsi créée, M. Guermonprez place deux pinces-clamps, saisissant l'une la moitié droite, l'autre la moitié gauche du dôme vaginal ; puis il sectionne le vagin au-dessus des deux pinces et enlève la tumeur. Les différentes artères sont liées avec du fil de soie double et solide. Dans les opérations de M. Guermonprez, la section a quelquefois porté sur la partie tout inférieure du col, laissant en place une très petite portion de ce dernier, qui a dû être excisée ou évidée ultérieurement Le procédé de Guermonprez est beaucoup plus rapide que celui de A. Martin ; il en est de même de celui de Doyen.

Après avoir attiré la tumeur hors du ventre et rabattu celle-ci en avant du pubis, M. Doyen (1) incise le péritoine d'un seul coup, depuis le cul-de-sac de Douglas jnsque sur le point le plus saillant de la tumeur. Le vagin est ouvert en arrière du col, sur une pointe introduite par la vulve. Le péritoine est alors vivement sectionné sur toute la surface de la tumeur, de façon que la section, en forme de raquette, et partant, pour y revenir, de la section longitudinale postérieure de la séreuse,

---

(1) Doyen. 324 opérations sur l'utérus et les annexes, (*Arch. provinc. de chir.*, 1er décembre 1892, p. 499).

suive à peu près l'équateur de la tumeur, et passe latéralement au-dessus des annexes et en avant très loin de la vessie. Faisant alors tenir entre les doigts de l'aide le ligament large gauche, l'opérateur le détache rapidement de l'utérus. Au dire de l'auteur, une ligature jetée au-dessus des annexes suffirait d'ordinaire pour assurer l'hémostase. La séreuse est rapidement décollée des faces antérieure et postérieure de la tumeur, et le deuxième ligament large est détaché à son tour et lié. Doyen enlève ensuite d'un seul coup, en complétant la décortication sous-péritonéale, la totalité de la tumeur, y compris le col, visible par l'incision du cul-de-sac postérieur. Les vaisseaux lésés au voisinage du col sont liés. Les fils qui assurent l'hémostase des pédicules latéraux sont ensuite passés dans le vagin, ainsi que la vaste collerette péritonéale qui entourait la tumeur. Le ventre est momentanément fermé à l'aide de trois ou quatre pinces à griffes émoussées, et l'hémostase définitive des ligaments larges est pratiquée à l'aide de deux pinces à mors élastiques, placées à la vulve. On fait la toilette du péritoine, on tamponne le vagin, en plaçant au besoin un drain sous le tampon, et l'on ferme le péritoine pelvien par un surjet, puis enfin le ventre.

III.

L'argument principal que les promoteurs de l'hystérectomie totale font valoir pour reconnaître la supériorité de cette opération sur l'hystérectomie supra-vaginale est la suppression du pédicule et, avec lui, de tous les inconvénients dus à sa présence et énumérés plus haut. Les risques d'une infection par les éléments septiques contenus dans la portion de muqueuse utérine et, en particulier, de la muqueuse cervicale comprise dans le pédicule, sont réels et démontrés par les recherches

de Boisleux (1). Cet auteur a prouvé, par des inoculations de fragments de col pris dans les hystérectomies totales d'A. Martin que, sept fois sur dix, il existait des germes pathogènes dans la portion du col qui aurait servi de pédicule dans l'hystérectomie supra-vaginale. Sans doute il est de règle, dans cette dernière, de mettre tous les soins à la désinfection préopératoire rigoureuse de la cavité cervicale et même utérine ; il est de règle aussi, après la séparation de la tumeur supra-vaginale, d'opérer une cautérisation énergique, moyennant le thermocautère, de la muqueuse utérine mise à découvert sur la tranche du pédicule, mais ces précautions sont-elles toujours suffisantes ? Mieux vaut, peut-être, supprimer d'emblée tous les refuges des colonies microbiennes intra-utérines. On peut objecter, avec Hofmeier (2), qu'aux risques d'une infection par la muqueuse utérine, on substitue ceux d'une infection par le vagin ; ces derniers paraissent moindres. Il est plus facile d'obtenir la désinfection rigoureuse du vagin. Les brillants et nombreux succès de l'hystérectomie vaginale en général en sont la preuve. Il est absolument exceptionnel d'observer, après cette opération, des accidents septiques attribuables à une infection par le vagin. On peut répondre par le même argument à cette autre objection formulée par Hofmeier, à savoir que, dans l'hystérectomie totale, le péritoine se trouve ouvert en deux endroits. Les blessures opératoires du péritoine sont si rarement suivies d'accidents, que l'observation d'Hofmeier ne semble pas avoir grande valeur.

Un deuxième argument en faveur de l'hystérectomie totale est la rapidité de la guérison. Il est vrai qu'avec la méthode intrapéritonéale, les opérées guérisent aussi vite ; mais,

---

(1) Boisleux. Ueber die Myomotomie (*Centralblat f. Gynäkol.*, 1890. Supplément, p. 64).

(2) Hofmeier. Grundriss der gynækologischen Operationen. 1892, p. 288.

contrairement à ce qui est pour cette dernière, il ne reste après l'hystérectomie totale aucun risque d'accidents consécutifs, tels que sphacèle du moignon utérin, élimination tardive de la ligature élastique.

La facilité du drainage mérite également d'être relevée. Celui-ci est réel et constant, tandis que dans l'amputation supra-vaginale, l'écoulement du liquide n'est assuré que si, à l'exemple de Bardenheuer, on ouvre le cul-de-sac de Douglas pour établir un drainage péritonéo-vaginal.

L'objection la plus sérieuse qui ait été formulée contre l'hystérectomie totale est la difficulté du manuel opératoire, sur laquelle Brenecke (1) a principalement insisté. Le procédé de l'hystérectomie abdominale totale d'A. Martin, de l'aveu même de son auteur, est une opération longue et difficile. Les difficultés opératoires proviennent principalement du grand nombre de sutures placées sur le dôme vaginal pour fermer les espaces cellulaires pelviens et les mettre à l'abri de toute infiltration et infection. Mais, si l'exérèse du moignon utérin par la voie abdominale est toujours laborieuse, ce temps opératoire paraît devoir être beaucoup plus simple par la voie vaginale, comme Péan et Goullioud le proposent.

Les difficultés de l'hystérectomie totale doivent aussi varier suivant les cas. Exécutée en deux temps, l'opération de A. Martin semble devoir être applicable, quelles que soient les dimensions de la matrice fibromateuse ; le procédé en un temps ne saurait convenir qu'au cas où le volume de la tumeur n'est pas trop considérable. Il en est de même pour les procédés de Guermonprez et de Doyen Quant à l'hystérectomie abdomino-vaginale de Bouilly, Goullioud, Péan, elle peut être aisée et rapide, lorsqu'on a affaire à des tumeurs de moyen volume ; par contre, lorsqu'il s'agit de fibromes interstitiels développés

---

(1) Brenecke. Ein Wort über die Schrœder'sche Method der Myomotomie. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, Bd. XXI. 1891, p. 67).

jusque dans la substance du col, ou de fibromes à développement intraligamentaire, l'extirpation du moignon utérin par le vagin ne sera possible que par le procédé de morcellement de Péan. Il est difficile d'établir la valeur comparative de ces opérations avec l'hystérectomie supra-vaginale pratiquée dans des conditions analogues. Dans les cas de grosses tumeurs fibreuses envahissant le col et les ligaments, la confection d'un pédicule convenable est chose difficile ; malgré cela, les opérations d'hystérectomie totale ne sont pas encore assez nombreuses pour permettre d'établir la supériorité de la méthode.

Les partisans de l'hystérectomie totale ont avancé que la sécurité contre l'hémorrhagie était plus grande, parce que les vaisseaux étaient directement liés ou pincés. A ce point de vue encore, les faits sont trop peu nombreux pour savoir si le danger est moindre. Les accidents d'hémorrhagie dans l'amputation supra-vaginale sont-ils réellement si nombreux qu'on veut le dire, et ne trouvons-nous pas, dans la liste des opérations d'hystérectomie totale, deux cas d'hémorrhagie dont un suivi de mort (1) ?

Les autres accidents notés après l'hystérectomie totale sont identiques à ceux que l'on observe à la suite de l'hystérectomie supra-vaginale et des opérations de chirurgie abdominale en général.

Quant à la mortalité, elle ne peut encore être établie que sur un chiffre relativement restreint d'opérations. A. Martin, sur 30 opérations, a compté 8 morts, ce qui donne une mortalité de 26,66 °/₀. En ajoutant aux opérations de A. Martin toutes les observations connues, la brillante série de Chrobak (17 opérations avec 17 succès), les opérations de Bardenheuer,

---

(1) Camelot. De l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins. (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.* 1892, p. 383).

Ramon. Hystérectomie abdomino-vaginale. (*Thèse de Paris*, 1893).

Keith, Polk, Rouffart, Goullioud, Guermonprez, Lanelongue (de Bordeaux), Le Bec, J. Boeckel, Doyen, Péan, nous avons réuni 115 opérations sur lesquelles il faut compter 18 morts, ce qui fait une mortalité de 15,65 %. Ce chiffre est inférieur, il est vrai, à celui qu'on donne généralement de la mortalité de l'hystérectomie supra-vaginale (méthode extrapéritonéale : 25 % et 21,6 % ; méthode intrapéritonéale, 32,7 % et 25,5 %, d'après Zweifel et Pozzi) ; mais il est supérieur aux derniers résultats publiés Ainsi Delétrez (1) n'indique, pour la méthode intrapéritonéale avec ligature élastique perdue, que 11 % de mortalité.

D'après tout ce qui a été écrit sur l'hystérectomie totale dans le traitement des fibromyomes utérins, il est certain que la méthode mérite d'être prise en sérieuse considération. Elle conviendra dans les cas où la confection d'un pédicule sera impossible, par suite de l'envahissement du col par le fibrome; elle pourra dans bien des cas remplacer avec avantage l'hystérectomie supra-vaginale ; peut-être même est-elle destinée à lui être substituée en principe ; mais, vu la grande diversité d'aspect des tumeurs fibreuses, une méthode unique ne sera jamais applicable à tous les cas et l'amputation supra-vaginale conservera sans doute toujours ses indications.

Semaine médicale; Paris, 25 février 1893.

---

(1) Delétrez. Du traitement intrapéritonéal du pédicule dans les hystérectomies abdominales, au moyen de la ligature élastique perdue. (*Semaine Médicale,* 1892, p. 395).

INDICATIONS DE L'HYSTÉRECTOMIE DANS LE TRAITEMENT DES FIBRO-MYOMES

Par le Dr F. DUVAL, de La Capelle (Aisne).

Le traitement chirurgical des myômes utérins doit toujours être un traitement de nécessité ; il faut, dit M. Schwartz dans son article du Nouv. Dict. de Méd. et Chir. pratique, pour pratiquer l'hystérectomie, qu'il y ait *une indication vitale.* C'est là un excellent précepte, qu'on ne saurait trop appuyer.

On peut même aller plus loin. Il est de l'intérêt des malades que l'on opère de bonne heure, alors que l'état général est encore satisfaisant. Il faut même la proposer, dès qu'on a la certitude de s'y voir acculé pour une date plus ou moins éloignée. En effet le pronostic de l'hystérectomie s'est amélioré d'une façon très notable, depuis l'application rationnelle et rigoureuse de la méthode antiseptique et depuis les perfectionnements apportés au manuel opératoire. Le pronostic gagnera encore lorsqu'il comptera un plus grand nombre de malades vraiment en état de supporter un important traumatisme chirurgical. — Ces réserves faites, on peut adopter les indications suivantes, telles qu'on les trouve dans le traité de Gynécologie d'Hégar et Kaltenbach.

1° *Accroissement rapide de la tumeur et compression pénible des organes abdominaux et thoraciques :*

Il est des cas, en effet, où le myôme présente une marche

galopante ; il acquiert rapidement un volume considérable, déterminant des symptômes de compression, d'inflammation péri-utérine et d'épuisement. Il faut en excepter peut-être les malades qui se rapprochent de la ménopause : pour elles, l'intervention sera moins pressante. (Duval).

Il ne faut pas le perdre de vue : quand les tumeurs utérines s'accroissent rapidement, on peut voir survenir des *thromboses* s'étendant dans la tumeur elle-même, ainsi que dans les veines du bassin et des cuisses. M. Bastard, qui s'est occupé de ce sujet, a démontré que cette thrombose peut être rattachée à deux causes : « la première, la principale, est l'état d'anémie » des malades ; la seconde, qui le plus souvent n'est qu'adju- » vante, est la compression que peut exercer la tumeur sur » les veines iliaques. Enfin sans avoir la signification fatale » qu'elle a dans les infections cancéreuses, le pronostic de cette » thrombose est néanmoins très grave à cause de la fréquence » de sa terminaison par embolie pulmonaire ». Il y a donc tout intérêt à opérer et au plus tôt.

Il peut exister aussi, quand les corps fibreux ont atteint un moyen volume, des phénomènes de *compression*, soit des organes pelviens, soit des organes abdominaux ou thoraciques : c'est surtout le cas des tumeurs développées dans les ligaments larges et enclavées dans le bassin : pour y remédier, il n'y a qu'une seule ressource, l'extirpation de la tumeur.

Les *douleurs* peuvent acquérir un tel degré d'acuité, qu'elles rendent la vie insupportable ; des troubles nerveux et cérébraux, (paraplégie, ataxie, hypéresthésies, troubles intellectuels et surtout mélancolie, etc...) peuvent, d'après de nombreux observateurs, être intimement liés aux troubles de la circulation qui acccompagnent les fibròmes utérins. MM. Péan, O. Terrillon, Hégar et Kaltenbach et Clays ont rapporté plusieurs cas, où l'ablation de la tumeur a fait cesser tous les désordres nerveux. Ils en ont conclu que ces accidents constituent une indication formelle de l'opération.

2° *Lorsqu'il existe des hémorrhagies graves qu'aucun autre moyen ne peut arrêter :*

Il est évident que, lorsque tous les moyens hémostatiques ordinaires, (ergotine, injections chaudes, injections astringentes, applications froides et même curettage), sont restées inefficaces, quand des métrorrhagies abondantes et à répétition en arrivent à mettre la vie de la malade en danger, le chirurgien ne doit pas attendre. Si l'ablation par les voies naturelles n'est pas praticable, il ne doit pas hésiter à avoir recours à l'hystérectomie abdominale.

3° *Une ascite considérable provoquée par un myôme sous-séreux.*

Lorsque l'étiologie de l'ascite est bien établie, il devient rationnel d'enlever la tumeur, cause de l'irritation du péritoine, surtout quand l'ascite tend à augmenter et à se reproduire à bref délai (Olshausen-Schrœder).

M. Kœberlé s'est déjà prononcé contre cette indication.

L'avenir montrera d'ailleurs si c'est là une indication fréquente.

4° *Des modifications défavorables se produisant dans la tumeur ou dans les organes voisins.*

Ces indications se rencontrent dans la dégénérescence kystique, myxomateuse ou sarcomateuse du fibro-myôme.

Les accidents dus à la *suppuration* et *à la gangrène* de la tumeur utérine sont de ceux qui imposent l'intervention chirurgicale. Dans une thèse inspirée par Verneuil, M. Robert conclut ainsi :

« Le sphacèle des corps fibreux intra-utérins doit être
» considéré comme une complication redoutable entraînant
» presque toujours la mort de la malade, si l'on n'y porte
» remède : On doit donc, d'une part, éviter ce sphacèle et
» déclarer mauvaises en principe les opérations incomplètes
» qui laissent dans l'utérus la totalité ou une portion du corps

» fibreux pour s'éliminer par désagrégation gangréneuse ; et
» on doit, d'autre part, avant d'intervenir, lorsque ce sphacèle
» existe ou lorsqu'il est inévitable, prendre les précautions
» antiseptiques les plus rigoureuses, en se rappelant que
» l'antisepsie pour être efficace doit être préventive ».

Ce précepte de Verneuil ne saurait être trop répété. — L'antisepsie préventive est bien un devoir, comme il l'indique : elle a été menée avec sollicitude auprès des malades que nous avons observées. C'est le sublimé qui en a été le moyen, tout comme le préconise M. Robert. Mais, par malheur, l'organisme d'un sujet affaibli par un processus gangréneux, est devenu un organisme facile et avide pour l'absorption de tous les médicaments, sans en excepter les antiseptiques ; et on a vu (page 50) que cette absorption peut déterminer une forme rare d'intoxication et entraîner la mort d'une malade, qui eût été sauvée, si la chirurgie avait pu intervenir dans des conditions moins tardives.

C'est pourquoi, il nous paraît vraiment nécessaire de compléter le précepte de M. Robert : Il ne suffit pas d'assurer la complète désinfection du sujet. il faut encore réparer ses forces et même augmenter sa résistance. C'est là, il est vrai, affaire de temps et de mesure : le succès s'obtiendra à ce prix ; et il n'en sera que plus certain et plus fréquent.

Enfin la *péritonite* à son début, d'après quelques auteurs, peut être enrayée par une intervention opportune, qui n'est pas dépourvue d'audace. C'est là une délicate question de tact chirurgical, sur laquelle nous nous abstiendrons de nous prononcer.

5° *Des signes d'étranglement et d'obstruction des organes pelviens,* qui se produisent, lorsque des noyaux fibreux s'enfoncent en arrière ou en avant du vagin et déterminent des désordres du côté de la vessie et du rectum, ou lorsqu'ils pénètrent à l'intérieur des ligaments larges et fixent l'utérus dans l'excavation.

M. Pozzi a bien étudié les désordres occasionnés par la compression de la vessie ou des uretères : voici ses conclusions.

« La compression de la vessie ou des uretères doit peser » d'un très grand poids parmi les indications opératoires et » peut déterminer à elle seule une intervention hâtive du » chirurgien.

» Le pronostic de l'hystérectomie est considérablement » aggravé, lorsque l'analyse des urines aura permis de diag- » nostiquer une altération rénale. Si celle-ci est très avancée » (maladie de Bright confirmée), elle deviendra une contre- » indication formelle à l'opération ; il n'en sera pas de même » d'un très léger degré d'albuminurie (1). »

De son côté Verneuil a, dans ses dernières années, étudié d'une façon magistrale les rapports des grands traumatismes avec les affections rénales ; aussi est-il superflu d'insister davantage sur cette question.

Quant aux contre-indications de l'hystérectomie abdominale, les principales nous paraissent être : l'état de débilité excessive de la malade, son âge trop avancé, des adhérences vasculaires considérables étendues à la paroi abdominale, enfin la concomitance du cancer avec un fibro-myome. Leur nombre, il est vrai, diminue déjà notablement et ira s'affaiblissant de jour en jour, grâce à l'application rigoureuse de la méthode antiseptique, aux perfectionnements apportés au manuel opératoire, enfin à une plus grande pratique de la chirurgie abdominale.

26 juillet 1892.

---

(1) Pozzi. — *Annales de Gynécologie*, juillet 1885.

PARALLÈLE DES DEUX MÉTHODES D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE : PARTIELLE OU TOTALE.

Par le Dr F. Duval, de La Capelle (Aisne).

Jusque dans ces derniers temps, la question du meilleur mode de traitement du pédicule après l'hystérectomie était la seule grande préoccupation des chirurgiens. — Tous s'efforçaient de pallier les dangers manifestes du col utérin et d'établir les indications respectives des méthodes extra ou intra-péritonéale.

Aujourd'hui, la question semble devoir être déplacée. Puisque le col est une cause de difficultés opératoires et de dangers consécutifs, il y a indication de l'enlever. De cette idée est née la méthode de *l'hystérectomie abdominale totale* en opposition avec celle de *l'hystérectomie abdominale partielle.*

En 1892, la question n'est pas encore définitivement jugée ; mais l'opinion paraît ainsi faite que la seconde de ces méthodes est encore celle de la plupart des chirurgiens.

La difficulté du problème est tout entière dans la question du col utérin : son exérèse est singulièrement difficile et laborieuse ; son état infectieux plus ou moins latent est si difficile à combattre ou à éviter, qu'il y a là un danger pressant et permanent, quelque détermination que l'on prenne.

Préoccupé de cette difficulté, nous étudierons comparativement l'hystérectomie partielle et l'hystérectomie totale abdominale ; nous nous efforcerons de montrer les avantages comme les inconvénients des deux méthodes et nous chercherons à dégager les motifs de notre choix.

Hystérectomie abdominale partielle.

Dès qu'il se dispose à pratiquer l'hystérectomie supra-vaginale, le chirurgien se trouve en présence de deux procédés : le traitement extra-péritonéal et le traitement intra-péritonéal du pédicule.

Méthode extra-péritonéale. — Par cette méthode, il reste à l'extérieur un moignon qui tombe plus ou moins tardivement avec la ligature, laissant une surface bourgeonnante, qui va se cicatriser peu à peu.

La constitution du pédicule présente un certain nombre d'imperfections et de difficultés pendant l'acte opératoire.

Lorsque l'opération est terminée, il faut encore prévoir un certain nombre de complications suffisamment connues et dont nous avons observé des exemples assez nombreux pour nous impressionner. — Il peut se former autour du pédicule un clapier, où s'accumulent les produits septiques, qui de là peuvent envahir la cavité péritonéale. — Le nettoyage du sillon, où cette menace se renouvelle chaque matin, présente de réelles difficultés d'exécution, fatigue la malade et demeure presque toujours imparfait par quelque côté. On a multiplié les efforts de toute nature pour diminuer les inconvénients de cette profonde rigole circulaire. De là viennent : la ligature élastique préconisée d'abord par A. Martin (1), la suture en

(1) Martin. — Berlin, Klin. Woch. 1885, N° 2.

collerette du péritoine pariétal des bords de la plaie abdominale avec le revêtement séreux du pédicule au-dessous de la ligature, enfin les divers procédés de dessèchement du moignon, (cautérisation avec le thermocautère, applications d'une solution de chlorure de zinc de 3 à 10 %, de perchlorure de fer, de tannin et d'iodoforme et les divers pansements antiseptiques) (1). Tous ces soins arrivent à pallier, dans une certaine mesure, les accidents septiques de résorption au niveau de cette plaie pédiculaire exposée. Mais ils ne parviennent pas toujours à mettre à l'abri des phlegmons, des décollements et des suppurations fistuleuses si pénibles aux malades.

Il serait cependant injuste de méconnaître les côtés utiles de la méthode extra-péritonéale :

Son premier avantage, c'est de mettre à découvert une surface de tissus destinés à se sphacéler et à s'éliminer et de permettre une surveillance journalière de la plaie opératoire.

Il en résulte quelquefois aussi un moyen moins pénible de pourvoir immédiatement aux *hémorrhagies*, qui peuvent se produire par glissement de la ligature, par rétraction de certaines portions du moignon si la section a porté trop près du lien ou par déchirures produites sous l'influence des tractions exagérées qu'on a été obligé d'exercer pour amener le col à la paroi abdominale (Vautrin).

On peut également découvrir la *suppuration et le sphacèle* du pédicule, accidents si redoutables par la péritonite trop souvent mortelle qu'ils déterminent.

Mais le dessèchement progressif du moignon, s'il est une excellente garantie contre une suppuration abondante, ne saurait constituer cependant un état complètement aseptique (Kaltenbach). — Si l'on tient compte enfin de la lenteur de l'élimination des parties mortifiées et de la longue durée de la cicatrisation consécutive, l'on admettra facilement qu'il est

---

(1) Pozzi, Terrillon, Polaillon.

possible que des fautes à l'antisepsie et à l'asepsie soient commises pendant ce long espace de temps. Les cas de péritonite tardive mortelle en sont malheureusement des exemples.

En outre, la brièveté du pédicule peut empêcher sa fixation dans la plaie abdominale, surtout si des affections inflammatoires antérieures ont créé des adhérences et épaissi les ligaments peri-utérins. Chez les nullipares, ces ligaments se prêtent moins encore au relâchement et à la distension. — Dans ces circonstances, la tension du moignon expose à des accidents de rétraction des tissus, à des éventrations, à des déplacements des organes pelviens, enfin à des troubles nerveux, (douleurs lombaires, tiraillements douloureux irradiés), qui rendent la vie intolérable.

On a également l'occasion de constater « des phénomènes » intestinaux : le pédicule constitue souvent une sorte de » bride étendue de la paroi abdominale au fond du bassin et » de laquelle partent souvent des tractus membraneux, traces » de la péritonite adhésive qui s'est manifestée autour du » moignon. L'intestin peut venir s'écraser sur ces brides ; il » en résulte alors une occlusion intestinale. » (Vautrin).

D'autres fois, ce sont des désordres vésicaux, qui se manifestent. Ils sont les conséquences de l'étroitesse de l'espace disponible pour l'ampliation de la vessie, de la compression que subit le réservoir urinaire; on a même signalé un cas d'anurie (Laroyenne).

Il peut se produire enfin une complication qui, pour ne pas être dangereuse, n'en est pas moins très rebelle au traitement : ce sont les fistules abdomino-vaginales, consécutives le plus souvent à la chute du pédicule, ou résultant de l'ouverture d'un abcès au voisinage de la plaie (cas de MM. Terrier et Quénu) (1).

Alors même que toutes ces complications auraient été heu-

---

(1) Terrier et Quénu. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris. — et Quénu. Bull. Soc. Chir. 1885.

reusement évitées, il reste toujours à savoir ce que devient le pédicule adhérent au début de la paroi abdominale. — Les recherches de Börner (1) ont presque démontré que l'utérus ne se sépare entièrement de la paroi abdominale que dans les cas où le pédicule est grêle. On constate au niveau de la cicatrice — tantôt que la dépression très accentuée d'abord va s'atténuant de plus en plus et disparaît quelquefois, — tantôt au contraire qu'elle persiste et bride toujours la paroi au même degré : ce qui rend permanents les inconvénients annoncés pour être temporaires et qui renouvellent sans cesse les pénibles déceptions des opérées et justifient leurs récriminations.

Méthode intra-péritonéale. — Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les nombreux et ingénieux procédés employés pour le traitement intra-péritonéal. — Qu'il nous suffise de le rappeler : tous ont eu pour but de diminuer la fréquence de l'hémorrhagie et de s'opposer à la septicémie. Tous sont encore entachés de quelques imperfections et paraissent destinés à provoquer bien des efforts de la sagacité et de la sollicitude des chirurgiens.

Le traitement intra-péritonéal, surtout depuis l'application de la ligature élastique, a supprimé bien des inconvénients signalés dans la méthode précédente. Il n'y a plus alors possibilité de tiraillements de la cicatrice, de désordres vésicaux, de suppuration longue et ce traitement se recommande surtout par sa simplicité et par la rapidité de sa guérison.

Par contre, il ne met pas toujours à l'abri de deux accidents très graves : l'*hémorrhagie* et la *septicémie.*

L'hémorrhagie est imputable aux mêmes causes que celles qui ont valu tant de déceptions à la méthode extra-péritonéale. Elle est dans ce cas presque toujours mortelle, car elle se produit presque à l'insu du chirurgien et celui-ci n'arrive pas à temps pour y porter remède.

---

(1) Börner. — Sammlung. Klin. Vorträge. N° 202.

La septicémie est cependant de beaucoup l'accident le plus redoutable après la réduction du pédicule.

Elle peut provenir de deux causes : « l'une, dépendant des » lésions produites dans l'abdomen pendant l'extirpation de la » tumeur, cause purement opératoire ; l'autre, résultant des » transformations nécrosiques du pédicule réduit » (Vautrin).

La première de ces causes peut être due à la production d'abcès et de phlegmons de la cavité pelvienne et reconnaître pour origine un corps étranger, (un fil de ligature le plus souvent) ; elle peut également être due à la gravité des manœuvres chirurgicales pour des tumeurs incarcérées dans le bassin, où le péritoine et les organes pelviens ont été violemment meurtris. Ces ablations laborieuses constituent par elles-mêmes des prédispositions aux complications phlegmoneuses. Aussi Bardenhauer, Martin, Schrœder, etc., proposent-ils dans ce cas le drainage prophylactique. Cette précaution est rationnelle, on le verra plus loin.

Cependant la cause la plus fréquente de la septicémie est, sans contredit, le sphacèle du pédicule. D'après les travaux récents, nous pouvons admettre avec M. Vautrin que la gangrène du pédicule tient :

1° « à ce que le moignon ne possède en lui-même, ou ne » peut puiser dans les tissus voisins une nutrition suffisante » pour assurer sa vitalité ;

2° à ce qu'il a subi l'influence du germe putride qui déter- » mine sa décomposition ».

Ces deux conditions doivent d'ailleurs exister simultanément pour aboutir à la gangrène.

Le germe peut provenir du conduit vaginal, mais plutôt et le plus souvent de la cavité cervicale, qu'il est plus difficile d'asepsier, si l'on en croit Martin et Boileux (1). Le germe

---

(1) Boileux. — Nouvelles archives d'Obst. et de Gyn. 1891.

pathogène peut enfin avoir été introduit pendant l'opération par les mains du chirurgien et de ses aides et par les instruments ; ou bien il faut admettre le *microbisme latent* (Verneuil et Kocher), sous l'influence duquel la nécrose au lieu d'être aseptique prendrait la forme putride.

M. Goullioud, de Lyon, a rapporté récemment un cas, où, à l'autopsie, il constata « un col utérin béant dans la cavité d'un tamponnement de Mickulicz sans aucune tendance à l'obturation. » La malade, il est vrai, avait succombé tardivement à des lésions rénales. — Ce fait nous permet d'expliquer l'infection directe possible du péritoine par la muqueuse cervicale sans avoir recours à aucune autre interprétation.

Il faut d'ailleurs ne jamais perdre de vue que, dans la méthode intra-péritonéale, pas plus que dans la précédente, on ne peut se croire à l'abri des phénomènes d'étranglement interne. — C'en est assez pour bien apprécier ces deux grandes pratiques chirurgicales quant à leurs avantages et à leurs inconvénients.

Hystérectomie abdominale totale.

L'hystérectomie abdominale totale, en supprimant le col, nous paraît avoir réalisé un véritable progrès. C'est là une opération encore peu appréciée ; mais, pratiquée avec méthode et avec tous les soins de l'antisepsie moderne, elle nous semble appelée à devenir une méthode de choix, du moins pour certains cas de fibromes.

A. Martin, qui est cependant un grand partisan des enucléations partielles, déclare que « lorsque l'utérus ne peut être » conservé, il vaut mieux l'extraire en totalité par l'abdomen » que d'en faire l'ablation partielle, la question du traitement

» extra ou intra-péritonéale ne lui paraissant pas encore » jugée » (1).

Nous lisons dans le mémoire de Goullioud sur « l'extirpation vaginale du pédicule après l'hystérectomie » que Boileux, » ayant fait des inoculations de fragments du col, pris dans » les hystérectomies totales de Martin, a constaté 7 fois sur 10 » l'existence de germes pathogènes dans le segment du col qui » aurait servi de pédicule dans l'amputation supra-vaginale »

L'ablation du pédicule est donc le moyen le plus radical et le seul certain de supprimer ce foyer d'infection ; et les expériences faites dans le service de Martin étaient bien de nature à former la conviction de ce chirurgien.

Cette suppression laisse une voie au libre écoulement des liquides sécrétés par la plaie. Aussi Bardenhauer, justement préoccupé de l'application du drainage dans les opérations qui portent sur le péritoine, a-t-il proposé l'extirpation totale, dans les cas où jusqu'à présent l'amputation supra-vaginale paraissait suffisante, et où il jugeait avantageux de donner à l'opérée le bénéfice incontestable en thérapeutique chirurgicale générale de l'admirable invention de Chassaignac. — En opérant ainsi, dans quatre extirpations totales successives, il compte quatre succès.

En principe, l'idée d'assurer l'écoulement des liquides est incontestablement juste et salutaire ; en pratique, l'intervention du drain n'est pas indispensable. On peut même dire, qu'il n'est pas sans inconvénients, d'ajouter un corps étranger dans un milieu délicat, soumis à des alternatives d'ampliation et de retrait, comme il arrive pour le réservoir urinaire et pour l'ampoule rectale. Le drain n'est nullement nécessaire pour sauvegarder cet écoulement ; il suffit de laisser subsister un orifice qui demeure béant à titre temporaire, pour se rétracter ensuite lentement et progressivement et ne s'oblitérer qu'à une

---

(1) A. Martin Zeitschr. für. Geb, und Gyn. XX. — I. — 1891.

époque où il n'y a plus à compter avec des sécrétions liquides, ni avec l'élimination éventuelle de quelques brides mortifiées par l'étranglement des pinces ou des fils à ligature.

« D'ailleurs, il faut bien remarquer que, quand la cavité
» cervicale n'existe plus, le vagin n'est plus un milieu septique.
» Il peut être désinfecté d'une façon absolue : tandis que la
» cavité cervicale ne saurait l'être, quand les glandes ont été
» envahies. On a donc, suivant l'expression de M. Goullioud,
» un *drainage large, déclive, aseptique* ».

Pour ce qui a trait à l'hémostase, nous pouvons dire que dans l'hystérectomie totale elle est assurée de la façon la plus complète et la plus parfaite : les artères sont directement pincées et leur ligature peut être complètement assurée.

La séparation de la vessie d'avec l'isthme utérin est parfois, il est vrai, laborieuse. Mais, ce fait ne nous semble pas être une contre-indication à l'opération, d'autant que cette dissection peut être, dans d'autres cas, beaucoup plus aisée. D'ailleurs, dans l'hystérectomie vaginale, n'intéresse-t-on pas exactement les mêmes surfaces, en le faisant au fond du canal vaginal, au lieu de l'exécuter à ciel ouvert ; et ne laisse-t-on pas, sans inconvénient, les mêmes surfaces dénudées de la vessie et du paramétrium ?

La grande objection faite au système de l'ablation du col utérin est toute entière dans ce fait : la durée de l'opération est augmentée ; il en résulte des doses plus abondantes de chloroforme, — un contact plus prolongé de la séreuse péritonéale avec l'air ambiant, — de multiples occasions de faire, de quelque côté, des fautes contre l'antisepsie, — enfin et surtout, des conditions qui augmentent et aggravent l'importance du shock opératoire, d'où les malades, déjà déprimées par leur état pathologique, ont grand'peine à sortir.

Cette objection est vraie ; et M. Guermonprez l'a longtemps partagée : elle est tellement fondée qu'elle seule suffit à justifier la prudence des chirurgiens, qui se refusent encore à entreprendre l'hystérectomie totale abdominale.

Mais il ne faut pas s'arrêter avec opiniâtreté à cette objection qui ne saurait atteindre la méthode elle-même. Elle incrimine seulement les anciens procédés dont cette méthode se compose. On en jugera par le texte complet de l'observation suivante : (1)

Une domestique âgée de 58 ans fut envoyée à l'infirmerie par le Dr Dewar, de Kirriemuir, pour une tumeur abdominale à évolution rapide. C'était une personne grande, mince, solide, d'une santé remarquable. Elle avait laborieusement travaillé toute sa vie, sans avoir jamais ressenti le moindre malaise, si ce n'est depuis sept ou huit mois avant son admission. Vers cette époque, une certaine sensation de gêne lui fit remarquer qu'elle avait une petite tumeur du ventre. Mais la gêne n'était pas de nature à l'empêcher de vaquer à ses occupations habituelles. La petite tumeur fut soigneusement observée. Elle se développa d'abord lentement, mais sans interruption. Les deux derniers mois elle augmenta rapidement de volume. Pendant les derniers six mois, il s'écoula du sang par le vagin, jamais en quantité considérable, mais d'une façon continue. La menstruation avait cessé à 50 ans. Elle avait toujours été régulière, jamais excessive, même au moment de l'établissement de la ménopause.

Jusqu'au niveau des fausses côtes, l'abdomen est occupé par une tumeur dure, proéminente. Il n'y a pas de fluctuation et peu de rénitence. La paroi abdominale est mince et mobile sur la tumeur. Le col est petit et suit tous les mouvements que l'on imprime à celle-ci.

La tumeur était nettement interne ; mais le fait d'un néoplasme aussi dur se développant après la cessation des règles était tellement insolite que le cas réclamait un surcroît d'attention.

Il découlait de toutes nos questions, que l'histoire de la maladie était entièrement exacte. La patiente était d'ailleurs une femme très intelligente et excessivement précise dans ses affirmations.

Pensant qu'il s'agissait peut-être d'une production sarcomateuse, on fit une ponction exploratrice au niveau du seul point qui présentait une certaine élasticité ; elle n'amena rien, pas même du sang.

---

(1) Thomas Keith. *Édimburg, médical journal 1885.*

La langue était rouge et présentait de nombreuses ulcérations. Elle avait toujours été ainsi au dire de la malade.

L'impulsion cardiaque était un peu forte, peut-être, mais les bruits étaient parfaitement normaux ; l'artère radiale paraissait un peu volumineuse et rigide. L'urine était normale et en quantité modérée. pesant 1,020.

Opération le 23 mai. — La femme supporta admirablement bien l'anesthésie avec l'éther. On fit une longue incision et la tumeur fut attirée au dehors. Les deux ovaires étaient atrophiés et l'un d'eux réduit à un simple kyste. On saisit dans une ligature la large base de la tumeur et l'on appliqua un clamp au niveau de l'extrémité du vagin. L'utérus fut ensuite enlevé en totalité. La plaie fut fermée par trente sutures profondes. L'opération dura trente-huit minutes et fut extrêmement simple. La tumeur pesait 15 livres. La cavité interne était considérable ; la distance entre les cornes etait de 325 millimètres ; entre les bords, 260 et 156 millimètres.

Suites opératoires absolument régulières ; pas le moindre accident. Guérison parfaite. La plaie se cicatrisa sans donner une seule goutte de pus et la patiente quitta l'hôpital trente-quatre jours après l'opération.

Elle revint plusieurs fois dans les trois semaines qui suivirent pour faire voir comment elle allait. Elle vint alors à Dundée pour visiter quelques amis avant de retourner chez elle.

C'est à cette époque que se produisit l'incident le plus remarquable de cette observation.

Peu après son arrivée à Dundée, elle fut prise dedouleurs dans la hanche droite, lesquelles furent bientôt suivies d'infiltration œdémateuse des deux jambes. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale étaient impossibles et la pression au niveau de la fosse iliaque droite déterminait de grands cris. La température était normale.

Cet état de choses dura une quinzaine de jours environ ; la femme s'alimentait assez bien ; et, sauf la douleur locale, elle ne se plaignit de rien autre.

Le 25 août subitement elle se cyanosa et resta ainsi jusqu'à sa mort qui survint quarante-huit heures après.

Elle fut soignée par les Drs Éwan et Stalker de Dundée, qui, naturellement, conclurent à une relation de cause à effet entre la douleur

de la hanche et l'opération. Sachant que je m'étais intéressé à cette malade, le Dr Stalker eut l'obligeance de me faire connaître ces détails. Voici, en outre, un passage de sa lettre dans laquelle se trouvent indiquées les particularités relevées à l'autopsie.

« Le bassin était tout à fait normal ; une cicatrice linéaire située à l'extrémité du vagin représentait tout ce qui restait de l'utérus. Pas d'adhérences intestinales dans le bassin. Les reins étaient congestionnés et scléreux avec les lésions habituelles de la sclérose. Capsules adhérentes, tissu criant sous le scalpel, dépôts de sels blancs dans le glomérule. Le cœur était légèrement hypertrophié. L'œdème des extrémités inférieures était peu accusé et s'étendait jusqu'au milieu des cuisses. Il a été impossible de recueillir le peu d'urine qu'il y avait dans la vessie ; et, durant la vie, l'analyse de l'urine n'a pas été faite ».

En effet, lorsqu'on a la prétention de faire une exérèse d'emblée totale, portant simultanément sur les annexes et sur l'utérus, il est à peu près impossible de manœuvrer correctement et avec exactitude à cause des difficultés imposées par les circonstances. — La boutonnière, que forme la plaie abdominale entre les deux grands droits, se trouve encombrée par la tumeur qui vient d'être amenée ; elle l'est également par les mains du chirurgien et par celles de ses aides. — Les manœuvres accomplies, les tiraillements effectués produisent, par action réflexe, des contractions et même des efforts des deux muscles droits, qui étranglent les mains du chirurgien, modifient les rapports antérieurement acquis, imposent des tâtonnements, des hésitations, des controverses, qui fatiguent et rendent inhabile tout le personnel, qui s'efforce avec anxiété de mener à bien une exérèse, dont les difficultés sont par elles-mêmes déjà si laborieuses.

Car il ne faut pas l'oublier, c'est au fond d'une cavité, qu'il s'agit d'assurer l'hémostase ; c'est sur les côtés et plus encore derrière une tumeur, qui n'a ni souplesse, ni mobilité ; — et il faut agir avec sûreté dans une région, dont les vaisseaux sont nombreux et volumineux, — augmentés de volume, de nombre et surtout de calibre par la nature même du fibro-myôme, dont il s'agit de débarrasser la patiente.

Vouloir tenter de mener à bien l'exérèse dans de telles conditions, c'est vraiment poursuivre la réalisation de l'impossible : c'est presque un tour de force, qu'un petit nombre d'habiles peut accomplir, mais qui ne sera jamais entrepris de propos délibéré par un chirurgien justement circonspect.

La situation du chirurgien n'est plus comparable, lorsqu'il procède d'une façon rationnelle et par des temps successifs nettement connus, faciles à prévoir et de nature à prévenir les redoutables difficultés de l'opération telle qu'on la faisait primitivement.

On verra plus loin quel étonnant dégagement est obtenu, lorsque les deux ligaments larges sont sectionnés entre deux pinces-clamps jusqu'à la limite de la vessie : — cet acte

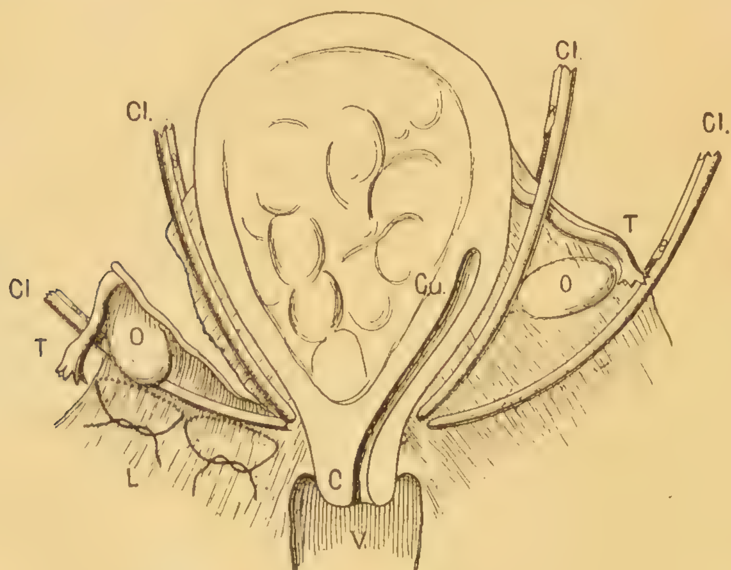


Fig. 11. — Temps du dégagement d'après M. Terrillon. (*Clinique chirurgicale* Paris 1889).

C., col utérin ; — Cu, cavité utérine ; — V., vagin ; — O. O., ovaires ; — T., trompes ; — Cl. Cl. Cl. Cl, pinces-clamps, dont les mors seulement sont représentés. — A gauche, le temps de dégagement est presque achevé ; à droite, il est seulement préparé.

opératoire ne provoque aucun reflexe ; — il n'expose à aucun danger ; — et il est, chacun le comprend, aussi simple qu'expéditif.

Quant à l'exérèse proprement dite, elle est presque aussi

simple que celle d'un kyste de l'ovaire : ce n'est donc pas jusque-là que l'hystérectomie totale peut encourir le reproche d'une trop longue durée.

Si les deux méthodes d'hystérectomie abdominale sont mises en parallèle, quant aux actes opératoires suivants, la comparaison est toute à l'avantage de l'hystérectomie totale, qui ne comporte pas autre chose que quatre ligatures. — Elle démontre toute l'infériorité de la méthode supra-vaginale et de ses divers procédés, puisqu'il faut, après l'ablation de la tumeur, assurer les soins toujours délicats et attentifs d'un pédicule, qui se trouve précisément au milieu d'une séreuse (le péritoine), dont l'infection serait redoutable ; et il faut manipuler dans ce milieu même, un organe (le col utérin), qui est par lui-même une si pressante menace d'infection. — Tout ce temps opératoire du soin du pédicule, dont personne ne saurait contester ni la longueur, ni la délicatesse, est entièrement supprimé par la méthode que nous préconisons. — Et, si l'on complète la méthode par le procédé du dégagement avant l'exérèse, le premier temps de l'acte opératoire et tous les tâtonnements qui en résultent se trouvent également et absolument supprimés. — De sorte que nous nous croyons en droit de conclure que l'*hystérectomie totale est une opération de durée notablement plus courte que l'hystérectomie supra-vaginale.* — C'est aussi l'opinion émise par M. Péan dans sa communication du 7 juin 1892 à l'*Académie de médecine.*

Le procédé a cependant encore une imperfection, que nous sommes loin de contester ; et il arrive que l'ablation du col doit être accompli après l'achèvement de l'exérèse de la masse principale. — A cela nous répondrons que cette prolongation de la durée opératoire nous paraît pleinement justifiée par les dangers évidents, inhérents au pédicule utérin. Nous ajouterons, qu'après le moindre exercice antérieurement fait sur le cadavre, les manœuvres intra-abdominales pourront ne pas se

prolonger davantage que dans l'hystérectomie supra-vaginale avec pédicule à l'extérieur. — Elles seront même abrégées puisqu'il n'y a pas à s'occuper du pédicule.

Il nous semble superflu d'insister sur les autres avantages de l'hystérectomie totale : ici — plus de possibilité de hernie ventrale tardive ; — plus de production de fistules abdomino-vaginales ; — plus de tiraillements douloureux dus à la tension du col ; — plus de troubles vésicaux par entrave au développement de la vessie ; — plus de troubles intestinaux : « sublatâ causâ, tollitur effectus ».

« En résumé, nous concluons avec MM. Guermonprez et
» Goullioud que, au point de vue de l'antisepsie, de l'hémos-
» tase, de la fermeture de l'abdomen, de la rapidité et de la
» sécurité des actes opératoires, l'hystérectomie totale est
» supérieure aux méthodes antérieurement employées ».

26 juillet 1892.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

par le Dr F. Duval de La Capelle (Aisne).

Deux procédés principaux promettent de réaliser la méthode de l'hystérectomie totale abdominale.

1° l'hystérectomie totale abdominale proprement dite.

2° l'hystérectomie abdomino-vaginale (méthode de la double hystérectomie).

Hystérectomie totale abdominale.

On peut pratiquer cette opération en un temps ou en deux temps.

M. Kœberlé au Congrès de Copenhague (1) (1884) a donné la marche suivante pour l'ablation totale de l'utérus :

« Quand toute la matrice est bien libérée de ses attaches,
» il propose de placer sur le vagin, comme il le fait sur le col,
» deux ligatures métalliques, qui embrassent la paroi vaginale
» postérieure et sont maintenus dans la plaie abdominale

---

(1) Congrès de Copenhague. Wien. med. Woch. 1884, n° 37. C Vautrin. *loco citato.*

» Toutefois il ne blâmerait pas l'opérateur, qui, dans certaines
» circonstances, abandonnerait les ligatures dans le bassin. Il
» affirme que l'opération conduite d'après ces préceptes n'a
» guère plus de gravité que l'ovariotomie ordinaire. »

Plusieurs trouveront que c'est là une exagération excusable par l'entraînement opératoire. On sait tout ce que l'opération pratiquée de cette façon présente de difficultés.

A. Martin et Chrobak ont le plus souvent opéré en deux temps. Ils appliquent un lien élastique sur l'isthme, puis extirpent par l'abdomen le pédicule préalablement cautérisé. Pour cela, après avoir isolé le col de toutes parts, ils font, par l'abdomen, à l'aide du bistouri, une boutonnière dans le cul-de-sac postérieur du vagin ; et, à l'aide simultanément des doigts, du bistouri, de la sonde cannelée, ils achèvent le décollement du vagin. Ces chirurgiens ont proposé, pour opérer la section du dôme vaginal au pourtour du col, un instrument un peu spécial. Il s'agit d'une sorte de sonde cannelée en forme de T dont la branche horizontale, cannelée à sa partie supérieure est concave pour s'adapter au pourtour du col. Ils sectionnent alors sur cet instrument, à l'aide du bistouri, les culs-de-sac vaginaux.

L'idéal de M. Guermonprez est d'opérer en un seul temps ; et, dans la pratique, il s'en rapproche le plus possible.

Voici sa façon de procéder, telle qu'il l'a exposée à l'*Académie de Médecine.*

Pendant des semaines entières, il prépare l'opération par la désinfection rigoureuse du vagin et de la portion inférieure de l'utérus. — Après avoir posé le plus près possible de l'utérus sur les ligaments larges deux pinces-clamps à droite et à gauche jusqu'à la vessie, il sectionne aux ciseaux ces ligaments : ce qui libère et dégage notablement la tumeur fibromateuse. Puis il sectionne transversalement le péritoine vésico-utérin et sépare les deux organes, au moyen des doigts et du bistouri, en prolongeant ce temps opératoire jusqu'à sentir la lèvre antérieure du museau de tanche. Il s'assure de ce dernier point par le tou-

cher vaginal combiné avec le palper intra-abdominal. Il transfixe dès lors la limite supérieure du vagin sur la ligne médiane et suivant le plan antéro-postérieur, à l'aide d'une sonde cannelée solide et d'une forme un peu spéciale. Par cette boutonnière, il introduit, à droite puis à gauche, une pince-clamp pour assurer l'hémostase des artères utérines ; puis il sectionne au-dessus de ces pinces le dôme vaginal avec des ciseaux. Il assure enfin la ligature des différentes artères par des fils de soie doubles et solides. — Il fait le pansement Mikulicz vaginal.

M. Péan a annoncé à l'Académie de médecine (séance du 7 juin 1892) qu'il exécutait de longue date le temps de dégagement, tel que le préconise M. Guermonprez ; mais il ne paraît pas avoir adopté de plan défini et uniforme pour accomplir l'exérèse du col.

Hystérectomie abdomino-vaginale, (méthode de la double hystérectomie.)

Ce procédé de la double hystérectomie abdominale et vaginale combinées consiste, comme l'indique son nom, à enlever la tumeur utérine myomateuse par l'abdomen d'une part, et le col par le vagin d'autre part.

Il a été employé maintes fois avec succès en Allemagne par Martin et en France par M. Péan, enfin dans un cas par MM. Bouilly (1) et Goullioud, (2). Actuellement cette opération est pratiquée d'une façon systématique par M. Rouffart (3) de Bruxelles.

---

(1) Bouilly. — Congrès de Chirurgie, 1891, *Semaine médicale*, p. 132.

(2) Goullioud. — *Lyon médical*, N° 42, 1891.

(3) Rouffart. — Archives de Tocologie, 1892.

Les divers temps opératoires sont bien décrits par M. Goullioud dans un mémoire « sur l'extirpation vaginale du pédicule après l'hystérectomie. »

« *Premier temps.*—La parotomie.— Ligature élastique posée et assujettie entre le corps et le col au-dessus ou au-dessous des trompes suivant les cas et en ménageant le plus possible la mobilité du pédicule ; section de l'utérus au-dessus de la ligature élastique et cautérisation de la cavité cervicale ; surjet péritonéal pour fermer la grande cavité péritonéale, avec facilité de la rouvrir d'un coup de ciseau, s'il était nécessaire.

« *Deuxième temps.* — Extirpation du pédicule utérin d'après le procédé de l'hystérectomie vaginale : abaissement du pédicule, section de la muqueuse vaginale, décollement de la vessie ; ouverture du cul de-sac postérieur, pinces longuettes sur les ligaments larges : extirpation du pédicule utérin.

« *Troisième temps.* — Achèvement de la suture de la paroi abdominale, couche aponévrotique et peau. »

A. Martin, préoccupé de la fermeture de la cavité péritonéale et du drainage, suture la lèvre postérieure de la brèche vaginale au péritoine de la face postérieure du cul-de-sac de Douglas et la lèvre antérieure vaginale avec le péritoine du fond de la vessie ; par une autre suture en surjet, il comble partiellement l'hiatus vaginal.

Chrobak fait d'abord la suture du dôme vaginal sectionné, puis celle du péritoine. Il se contente parfois de refermer le péritoine et applique ensuite un tampon vaginal.

M. Goullioud, une fois le col isolé en avant et en arrière, a recours au mode d'hémostase de MM. Péan et Richelot et applique simplement un tampon vaginal à la gaze iodoformée sur la surface de section.

M. Péan, dans une communication récente faite à l'*Académie de médecine* (séance du 7 juin 1892), déclare que, dans le cas où la tumeur occupe à la fois le corps et le col de l'utérus, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'ablation totale de l'organe.

Dès 1869, il mit, le premier en France, cette méthode à

exécution. L'année suivante, la malade fut présentée à l'Académie de médecine. L'opération avait été faite pour une grosse tumeur fibro-cystique.

Depuis cette époque, ce chirurgien a eu maintes fois recours à cette méthode et il en a obtenu de bons résultats.

Voici comment il procédait autrefois : « Après avoir mis à découvert la tumeur par une incision abdominale, nous saisissions de chaque côté avec nos pinces à mors longs, droits ou courbes, les ligaments larges, que nous coupions entre deux rangées de pinces ; puis, après avoir lié et réséqué ces ligaments, nous plaçions un lien métallique au-dessous de la tumeur, aussi près que possible du col.

« Nous coupions ensuite l'utérus au-dessus du lien. Nous avions soin, au préalable, quand cela était nécessaire, de détacher la vessie et le rectum. Il ne nous restait plus alors qu'à ouvrir les culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin, soit de haut en bas par l'abdomen, soit de bas en haut par la voie vaginale, à enlever le col après avoir placé sur la partie inférieure des ligaments larges d'autres pinces plus petites, dont l'extrémité libre sortait par la vulve : ces dernières suffisaient pour assurer l'hémostase préventive et définitive.

« Cette méthode nous a donné de bons résultats. Après avoir mûrement réfléchi, nous avons toutefois pensé que son manuel pourrait encore être simplifié.

« Voici comment nous procédons aujourd'hui :

« Après avoir ouvert l'abdomen, nous attirons la tumeur au dehors, suivant notre coutume, à l'aide d'un trocart long et courbe de notre modèle. Nous plaçons ensuite un lien en caoutchouc au-dessous d'elle, le plus près possible du col. Nous fixons ce lien avec nos pinces à mors longuets; et nous réséquons toute la portion sus-jacente de la tumeur à quelques centimètres au-dessus de lui. S'il y a plusieurs lobes, nous les enlevons après avoir successivement appliqué des liens en caoutchouc le plus bas possible.

« Lorsqu'il ne reste plus que le col et la partie inférieure du

corps de l'utérus, nous avons soin, quand cela est nécessaire, de dégager la vessie et le rectum et de pincer ou de lier les petits vaisseaux qui leur appartiennent.

« Nous plaçons ensuite, soit au-dessus, soit au-dessous du lien de caoutchouc suivant le cas, un fil métallique que nous serrons et tordons à l'aide d'un ligateur de notre modèle.

« Nous réséquons alors le moignon aussi près que possible du lien métallique, en ayant soin d'éviter la muqueuse, afin de diminuer le plus possible son volume, sans exposer cependant ce lien à l'abandonner par glissement : puis nous réduisons le moignon et nous fermons par suture la plaie abdominale.

« Il ne nous reste plus alors qu'à enlever le col de l'utérus, le moignon et le lien élastique. Cette extirpation se fait aisément par la voie vaginale, en ayant recours au pincement des ligaments larges et au morcellement. »

Après avoir résumé ainsi sa pratique ancienne et sa pratique nouvelle, M. Péan arrive (1892) à des conclusions qui confirment les principales opinions de M. Guermonprez (1891) sur le principe même de l'hystérectomie totale.

En raison des résultats qu'il a obtenus, par cette nouvelle méthode, il arrive en effet à poser les conclusions suivantes :

« 1° Toutes les fois qu'il est indiqué d'enlever une tumeur fibreuse ou fibro-cystique interstitielle du corps de l'utérus, il convient de recourir à notre méthode d'ablation totale de cet organe par la voie abdominale et par la voie vaginale combinées ;

« 2° Cette méthode permet d'enlever plus rapidement l'utérus malade et ses annexes que les méthodes intra et extra-péritonéales ;

« 3° Elle agrandit le domaine de la chirurgie en augmentant le nombre de guérisons. »

Le principe même de l'hystérectomie totale paraît donc être l'avenir de la chirurgie des fibro-myomes : reste à juger le divers procédés de réaliser ce principe.

L'hystérectomie abdomino-vaginale, si chaudement vantée par M. Péan, supprime évidemment tous les dangers liés à la conservation du col, de même que le fait l'hystérectomie uniquement abdominale.

On peut cependant lui adresser ce reproche : c'est de substituer à une dissection de visu de la vessie, à une section et à une ligature à ciel ouvert des ligaments larges, un des temps les plus difficiles et les plus laborieux de l'hystérectomie vaginale. De cette façon, il est vrai, les manœuvres intra-abdominales sont abrégées; mais ne doit-on pas introduire les doigts dans la cavité péritonéale, aussi bien pour pratiquer ces temps de l'hystérectomie vaginale, (séparation de la vessie d'avec le col, pincement de la partie inférieure des ligaments larges), que dans la méthode totalement abdominale ?

Nous dirons en terminant que donner une statistique des différents cas d'hystérectomie totale, pratiquée jusqu'à ce jour, nous semble une chose prématurée. Celle-ci n'aurait d'ailleurs qu'une valeur relative, les cas opérés et les procédés employés sont trop différents.

26 juillet 1892.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

Communiquées à la *Société anatomo-clinique de Lille*,
séance du 9 mars 1892,
par MM. Guermonprez et Duval.

L'hystérectomie totale pratiquée par la voie abdominale, à l'exclusion de toute autre voie, est une opération encore peu appréciée.

En principe, nous la croyons contestable et même contre-indiquée lorsqu'il s'agit de néoplasmes malins de la matrice : il nous paraît très difficile, presque irréalisable, d'éviter l'ensemencement du néoplasme, soit dans la séreuse péritonéale, soit sur l'une des surfaces de section des ligaments, ou de la muqueuse vaginale.

Par contre, nous la croyons indiquée, pour pratiquer une exérèse totale, lorsqu'il s'agit de fibro-myome de l'utérus en général.

On en peut rencontrer l'indication plus précise encore,

lorsque l'impossibilité d'abaisser l'utérus s'oppose au débridement de la muqueuse vaginale par la voie vulvaire.

On peut surtout en trouver l'indication, lorsque le col utérin est plus ou moins fortement refoulé en arrière, ou en avant et immobilisé dans cette situation.

L'hystérectomie abdominale totale n'est pas une opération chimérique. C'est même une opération relativement facile pour quiconque aura bien voulu s'en rendre compte expérimentalement sur le cadavre.

Sans doute, il existe une différence considérable entre l'opération pratiquée sur le cadavre inerte d'un sujet plus ou moins indemne d'affections utérines ou péri-utérines, d'une part ; — et la série des manœuvres plus ou moins improvisées dans les conditions ordinaires de la chirurgie abdominale, qui réserve toujours tant de surprises, d'autre part. — Ce n'est donc pas avec la prétention d'élucider tous les doutes soulevés par la question, que nous avons entrepris une série de recherches sur le cadavre.

Il nous suffit d'établir que l'opération, dont il s'agit, est sincèrement réalisable et ne mérite, à aucun titre, la comparaison avec les entreprises extraordinaires, que plusieurs qualifient d'excentricités chirurgicales.

Dans le but de mieux faire apprécier les temps successifs de l'opération, nous avons pris quelques croquis, afin d'en dégager quelques figures schématiques, de nature à préciser les détails les plus intéressants pour le chirurgien lui-même.

Pour pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, on commence par pratiquer l'incision médiane sur la ligne blanche, comme on le fait pour toutes les opérations analogues. — Ensuite on soulève et on écarte toute la masse intestinale. — Enfin, le chirurgien saisit le fond de l'utérus et s'efforce de l'amener en vue : il le faut pour s'orienter, confirmer le diagnostic, voir exactement ce qui est à faire, et surtout écarter toute surprise.

C'est ce premier temps que représente la fig. 12.



Fig. 12.

On reconnaît les plis transversaux du péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-utérin ; au-dessus de ces plis, la séreuse adhère au muscle utérin ; au-dessous d'eux, elle adhère à la vessie. — Avant la section des deux ligaments larges, il est impossible d'amener davantage l'utérus de bas en haut. — La section des ligaments larges doit porter jusqu'au niveau du cul-de-sac vésico-utérin.

On y voit l'orifice circulaire du détroit supérieur du bassin. — Si on observe la ligne médiane, d'arrière en avant, on reconnaît que l'angle sacro-vertébral et le rectum sont masqués par l'utérus relevé et entraîné par la manœuvre du chirurgien ; on reconnaît ensuite que l'utérus n'est visible que dans la moitié de sa hauteur ; aucun effort, aucun artifice n'en peut amener davantage dans ce premier temps ; on reconnaît enfin que toute la portion antérieure est occupée par la vessie, dont la forme est à peu près circulaire et dont les parois sont molles et flasques. La délimitation entre les deux organes est assez facile à bien apprécier. Le péritoine s'y présente sous deux aspects, qui contrastent nettement : sur l'utérus, la séreuse est lisse et elle adhère étroitement au tissu sous-jacent ; sur la vessie, elle est plissée, froncée transversalement et elle est surtout très mobile sur le tissu sous-jacent, grâce au tissu cellulaire lâche qui l'en sépare. Ces deux caractères sont particulièrement appréciables, lorsque la vessie est récemment vidée, ainsi qu'il advient dans les conditions ordinaires de la chirurgie abdominale. — Sur les parties latérales, le péritoine est lisse et légèrement déprimé à droite et à gauche de la vessie ; il est extrêmement tendu au niveau des trois ailerons de chacun des ligaments larges ; il ne présente rien de notable dans sa portion la plus postérieure qui contribue à former le cul-de-sac de Douglas.

Ce qui s'impose à l'attention, c'est l'évidence même de

l'obstacle apporté par tout le ligament large, et spécialement par ses portions inférieure et moyenne, immédiatement au-dessous de sa différenciation en trois ailerons. La moindre exploration suffit à démontrer que c'est bien à ce niveau que se trouve la première bride, qui empêche absolument d'amener l'organe en vue.

Pour lever ce premier obstacle, il est donc indiqué de sectionner toute la portion accessible d'emblée pour chaque ligament large ; on sectionne ainsi depuis le bord libre du ligament jusqu'à la vessie, qu'on se défend d'intéresser. — Les limites de la section étant ainsi indiquées, on pourrait hésiter à en conduire le trajet soit en dehors, soit en dedans des ovaires et des trompes. — A première vue, il semble préférable de sectionner en dehors, afin de gagner du temps et de simplifier par une exérèse, qui porterait d'emblée sur l'utérus et sur tous les annexes. — Nous croyons qu'il importe d'éviter cette simplification, surtout dans les conditions pathologiques qui sont toujours celles de la chirurgie. Faute de ce soin, il arriverait aisément quelque lésion des uretères par la main du chirurgien, en raison d'une déviation, que masque trop souvent quelque adhérence, ou quelque plaque laiteuse. — C'est pourquoi nous préférons une ligne de section qui suive exactement le bord de l'utérus, ce qui n'empêche pas de pratiquer cette section entre deux pinces à longs mors et à courbures appropriées.

La section des ligaments larges, en longeant les bords de l'utérus et en s'arrêtant au contact de la vessie, tel est donc le second temps. Il est accompli dans les fig. 13 et 14.

Il est facile d'y reconnaître d'abord que les trompes et les ovaires retombent en arrière et en dehors : leurs mésos s'étalent sur la paroi correspondante du bassin ; — ensuite que la vessie perd sa forme circulaire et présente une sorte d'allongement d'avant en arrière, avec une moindre ampleur de droite à gauche, tandis que les plissements transversaux du péritoine vésico-utérin s'effacent complètement ; — enfin et surtout il

est important d'y reconnaître que le chirurgien peut désormais entraîner l'utérus de bas en haut dans une étendue suffisante pour réaliser pratiquement les temps ultérieurs de l'éxérèse.



Fig. 13.

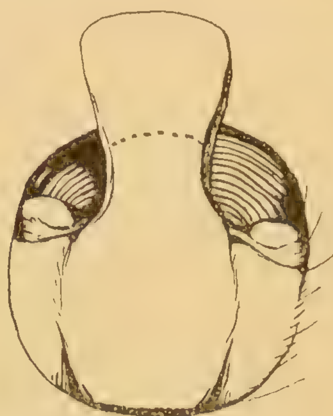


Fig. 14.

Après la section des deux ligaments larges, l'utérus est facile à entraîner à 4 ou 5 centimètres au-dessus de sa situation primitive. — Lorsque l'utérus a été ainsi mobilisé de bas en haut, les plis transversaux du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin ne se discernent plus ; mais il est encore facile de reconnaître la limite supérieure de ce cul-de-sac : elle est à la limite des portions adhérentes de la séreuse, c'est-à-dire vers le niveau indiqué sur la figure 14. — La section du cul-de-sac vésico-utérin doit aller de l'une à l'autre des sections des ligaments larges.

Sans doute, l'opération n'en est pas devenue d une facilité absolue et d'une simplicité complète. La transformation est moins totale qu'on serait tenté de le souhaiter : elle suffit toutefois pour amener un déplacement de trois, quatre et même cinq centimètres : c'est assez pour assurer le dégagement complet et méthodique de la face postérieure de la vessie.

Pour ce dégagement, on commence par une section transversale du péritoine, exactement à la limite du repli vésico-utérin. Il est indiqué par un pointillé sur la fig. 14. — On le reconnaît très aisément, si, au lieu de se borner à une simple inspection, (qui n'apprend rien, ou presque rien de précis,) on prend le soin de pratiquer et de répéter la palpation, qui indique avec certitude l'exacte limite des adhérences normales de la séreuse péritonéale avec la face antérieure de l'utérus.

On poursuit ensuite ce dégagement, soit au moyen des doigts, qui manœuvrent dans le tissu cellulaire de la région, soit au moyen du bistouri, qui suit de près la consistance et la couleur de l'utérus, lequel résiste incomparablement mieux que la vessie. — Peu à peu, ce dernier organe se trouve refoulé en bas et surtout en avant. (La tonicité du muscle vésical favorise ce dégagement notablement mieux sur le vivant que sur le cadavre). On voit se reconstituer alors les plissements transversaux signalés dès le premier temps de l'opération ; ils sont même plus étendus, plus multipliés et, par conséquent, plus importants qu'ils l'ont été primitivement.

Ce troisième temps est laborieux, lorsqu'il arrive à sa fin, c'est-à-dire au voisinage de la lèvre antérieure du museau de tanche. Cette portion est profondément située et il est tout naturel de venir en aide à son exécution, en exerçant des tractions énergiques sur le corps utérin. Il en résulte inévitablement une respiration bruyante ; il semble que la malade ronchonne. Il en résulte parfois aussi un affaiblissement important du pouls et une suspension temporaire de la fonction respiratoire. Il en résulte surtout et toujours des efforts inconscients et vigoureux qui fatiguent les aides et le chirurgien et entravent d'autant l'accomplissement de ce temps opératoire. L'expérience faite sur le cadavre n'en peut donner aucune idée.

Ce troisième temps est terminé, lorsque le museau de tanche est accessible par l'abdomen . La combinaison du toucher vaginal avec la palpation de la plaie est l'unique moyen de contrôle, — à cause de la transformation que les efforts ont amenée dans la consistance du col utérin.—Le contraste rappelle ce qui se passe, au point de vue de la consistance, lorsqu'il s'agit du col utérin pendant les premières heures après l'accouchement ; et il est souvent illusoire de prétendre se borner à une exploration pratiquée par la plaie seulement.

Le quatrième temps se réduit à faire une boutonnière étroite et médiane immédiatement en avant du museau de tanche. —

Il n'y a aucun inconvénient à intéresser quelque peu la lèvre antérieure pendant cette manœuvre. Dès que la pénétration dans la cavité vaginale est un fait acquis, le résultat peut être considéré comme obtenu.



Fig. 15.

Après dégagement de la vessie (soit au moyen des doigts, soit au moyen du bistouri), le réservoir urinaire est refoulé en avant, soit par les soins d'un aide, soit par la main gauche du chirurgien lui-même. — L'incision du cul-de-sac antérieur du vagin est pratiquée sous la forme d'une simple boutonnière, suivant une ligne longitudinale, exactement à la limite la plus supérieure, très près du museau de tanche. — Pénétrant par cette boutonnière antérieure, la sonde cannelée enfonce la paroi postérieure du vagin ; et touche la main gauche du chirurgien qui a été placée dans la cavité de Douglas dans le but de protéger la paroi rectale contre le heurt de l'instrument.

Le cinquième temps consiste à passer une sonde cannelée par la boutonnière qui vient d'être obtenue ; à la conduire d'avant en arrière sur la ligne médiane ; et à traverser la paroi postérieure pour pénétrer dans le cul-de-sac de Douglas.

La fig. 15 représente la situation après l'accomplissement de ces différents temps.

Tous sont extrêmement faciles et rapides à exécuter sur le cadavre.

Les derniers temps ne présentent pas d'intérêt au point de vue d'une opération expérimentale.

Tous ceux que nous venons d'exposer ont été vérifiés après leur accomplissement régulier. Tous ont été trouvés faciles à réaliser sans léser les uretères, et sans manquer aux règles générales de la chirurgie, tant au point de vue de l'hémostase qu'au point de vue de l'antisepsie.

MANUEL OPÉRATOIRE.

par le Docteur Alfred PLOUVIER, d'Artres (Nord).

Le manuel opératoire de l'hystérectomie abdominale totale est loin d'être établi d'une manière définitive, comme il l'est pour la plupart des autres interventions chirurgicales.

Tous les chirurgiens, qui ont pratiqué cette opération, semblent avoir eu à cœur de ne pas faire comme leurs devanciers ; ils paraîssent avoir voulu modifier plus ou moins, dans ses détails, l'acte opératoire. On peut dire qu'il y a presque autant de procédés qu'il y a de partisans de la méthode.

Pour passer succinctement en revue ces différents procédés, la classification est assez difficile. — On peut cependant les diviser en trois catégories suffisamment distinctes :

1° Procédés exclusivement abdominaux, sans *aucune* manœuvre vaginale ;

2° Procédés nécessitant une intervention quelconque par le vagin (doigts, instruments, etc.)

3° Procédés dans lesquels l'intervention par le vagin est plus complexe (pinces à demeure par exemple.)

A notre avis, les procédés les meilleurs, les plus sûrs, sont ceux dans lesquels tout l'acte opératoire est effectué par l'abdomen. C'est pourquoi nous les étudions tout d'abord.

Les autres ont évidemment leurs indications ; ils seront même parfois seuls possibles ; mais nous les considérons seulement comme un pis aller, comme une dernière ressource. La voie abdominale, à l'exclusion de toute autre, sera toujours l'idéal.

Après avoir décrit les procédés, il ne restera plus qu'à énumérer, dans un dernier paragraphe, les avantages et inconvénients qu'ils présentent dans les différents temps opératoires.

A. **Procédés exclusivement abdominaux.** (1)

1° *Procédé de Martin* (de Berlin). — Laparotomie.

Soulèvement de l'utérus avec les annexes.

Ligature et section des ligaments larges et des ligaments ronds, jusqu'au col, en plaçant une série de ligatures isolées au-dessous des annexes sur les gros plexus veineux souvent variqueux à ce niveau.

Ouverture du cul-de-sac postérieur. L'incision doit porter directement sur la face postérieure du col. Sur l'index placé dans l'ouverture ainsi créée, Martin enfonce l'aiguille pour les sutures qui doivent réunir la tranche vaginale à l'incision péritonéale. Incision tout autour du col et achèvement de la suture. La tumeur est ensuite enlevée; quelques fils supplémentaires sont placés.

Tous les chefs de ces fils sont ensuite attirés dans le vagin, de façon à invaginer le péritoine pelvien.

---

(1) Nous nous bornons ici à la description du manuel opératoire, laissant systématiquement de côté les soins préliminaires, ainsi que les sutures, le drainage et le pansement, sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Ce procédé est simple et rapide ; pour 30 opérations, la durée moyenne a été de 46 minutes ; dans quelques cas, elle n'a pas dépassé 19 minutes.

2° *Procédé de Polk.* — Ce procédé, l'un des plus répandus en Amérique, se rapproche beaucoup de celui de Martin. Il mérite cependant une description spéciale à cause du procédé employé pour la ligature de l'artère utérine.

Laparotomie. L'organe est laissé dans l'abdomen.

Première ligature sur les vaisseaux ovariens, en dehors des ovaires. Une seconde ligature ou une pince est placée sur les mêmes vaisseaux, tout près de l'utérus, pour s'opposer au reflux du sang. La partie supérieure du ligament large et le ligament rond sont pris dans une autre ligature.

Section du ligament large jusqu'à sa base.

La tumeur étant ensuite rejetée en avant, vers la symphyse, Polk enfonce un doigt le long du col sur la base du ligament large, et pince l'artère utérine entre ce doigt et le pouce placés en avant ou en arrière du ligament selon le cas. L'artère est isolée, chargée sur une aiguille à anévrysme et liée.

Après une incision partant de la face antérieure, à un travers de doigt au-dessus de la vessie, et contournant la tumeur pour aboutir au cul de sac postérieur, décollement du péritoine jusqu'à ce que le vagin soit ouvert. L'utérus est alors séparé du vagin.

Polk n'a eu que très peu d'insuccès avec ce procédé.

Baldy opère absolument de la même façon.

3° *Procédé d'Edebohls.* — Ce chirurgien pratique, comme Polk, la ligature directe de l'artère utérine, mais d'une manière un peu spéciale.

Après la laparotomie, la tumeur est attirée au dehors. Incision transversale sur la face antérieure de l'utérus, d'un ligament large à l'autre, à trois centimètres au-dessus du repli utéro-vésical, puis incision semblable sur la face postérieure. Dissection des deux lambeaux.

Les artères utérines sont prises de chaque côté dans une ligature sous péritonéale, faite avec un fort catgut, qui doit passer près du vagin, sans y pénétrer ; le tamponnement du vagin facilite ce temps opératoire.

Deux autres ligatures sont posées de chaque côté sur les ligaments larges : l'une comprend le ligament rond, l'autre, le ligament infundibulo-pelvien avec l'artère utéro-ovarienne.

Ablation de l'utérus, de la tumeur et des annexes entre les ligatures. Celles-ci sont coupées court et les nœuds tournés vers le vagin.

4° *Procédé de Guermonprez.* — Ce procédé a fait l'objet de deux communications successives à l'Académie de médecine de Paris les 14 et 21 septembre 1891. Il est d'une exécution facile et présente une sécurité absolue. Nous nous contenterons d'en donner ici un simple résumé. L'hémostase est assurée d'une façon provisoire par des pinces-clamps, qu'on remplace ensuite par des ligatures.

Laparotomie.

Section de la portion supérieure des ligaments larges entre deux pinces-clamps.

Incision transversale du péritoine vésico-utérin, et séparation des deux organes au moyen des doigts et du bistouri, en prolongeant ce temps opératoire jusqu'à sentir la lèvre antérieure du museau de tanche.

Ouverture de la limite supérieure du vagin, au moyen d'une boutonnière pratiquée longitudinalement sur la ligne médiane et sur sa paroi antérieure.

Transfixion antéro-postérieure du vagin à l'aide d'une solide sonde cannelée d'un modèle un peu spécial, que l'on fait sortir dans le cul-de-sac de Douglas.

Introduction à droite et à gauche, par la boutonnière et en suivant la sonde cannelée, d'une pince-clamp de chaque côté pour assurer l'hémostase des artères utérines.

Section au-dessus des pinces et libération de la tumeur.

Hémostase définitive à l'aide de ligatures à la soie.

Ce procédé peut-être exécuté assez rapidement et l'hémostase est relativement facile ; seule, l'hémostase des artères utérines présente parfois quelques difficultés.

5° *Procédé de Delagénière.* — M. Delagénière libère la tumeur comme M. Guermonprez, en sectionnant la partie supérieure des ligaments larges, après avoir jeté une ligature sur l'artère utéro-ovarienne. Pour mouvoir la tumeur, il se sert d'un instrument spécial, une sorte de tire-bouchon, qu'on enfonce dans la partie la plus saillante de la tumeur.

Voici son procédé, tel qu'il l'a décrit lui-même dans les *Archives provinciales de chirurgie 1894.*

Laparotomie. Le point de repère pour commencer l'intervention proprement dite, est les annexes ; elles sont parfois cachées sous la tumeur et enfouies dans le fond du bassin.

On inclinera la tumeur de façon à rendre accessibles les annexes d'un côté ; une forte pince-clamp sera placée horizontalement au-dessous de l'ovaire, le bec de l'instrument arrivant au ras de la tumeur. Au-dessous de cette première pince-clamp, à un centimètre et demi environ, on passera une grosse soie à travers la partie adhérente du ligament large et en rasant le tissu utérin. Le milieu de ce fil sera passé en boucle (d'après notre procédé de ligature) au milieu des tissus destinés à faire pédicule ; puis le fil sera lié dans cette boucle. Nous avons ainsi lié l'artère utéro-ovarienne. En outre, la pince-clamp, placée au-dessus de la ligature, s'opposera à l'irruption du sang de retour. Nous sectionnons ensuite entre le fil et la pince, décapitant ainsi le bord supérieur du ligament large en lui enlevant ses ailerons.

Cette simple section donnera immédiatement une plus grande facilité pour mouvoir la tumeur : on pourra presque toujours rendre l'autre ovaire accessible ; et, dans ce cas, on le traitera comme le premier. Si la tumeur n'a pas été rendue assez mobile après le traitement du premier ligament large, on com-

mencera l'isolement de la tumeur sans se préoccuper de l'autre ligament.

Pour isoler la tumeur, nous cherchons comme point de repère le fond de la vessie, toujours facile à reconnaître à une bande blanc nacré qui répond au point où le péritoine se réfléchit de l'utérus sur la vessie. Notre incision passera au minimum à deux centimètres au-dessus de cette bande nacrée, et peut-être beaucoup plus haut, si la portion de la cavité pelvienne à obturer après l'ablation de la tumeur, doit être très considérable. En arrière, on doit déterminer également d'avance le point où devra passer l'incision de la collerette. Ces différents points déterminés, nous faisons passer notre incision horizontalement, en partant du bord supérieur du ligament large gauche, passant transversalement en arrière pour atteindre le point postérieur déterminé d'avance ; de là rejoindre le bord supérieur du ligament large droit et terminer enfin l'incision en avant, en passant par le point déterminé au-dessus de la vessie.

La collerette péritonéale se trouve donc dessinée ; sa forme est régulièrement horizontale pour les cas de tumeurs moyennes ; pour les cas de grosses tumeurs, la collerette paraît formée de deux lambeaux : antérieur et postérieur.

La collerette une fois tracée devra être disséquée, de préférence avec un instrument tranchant. Pendant cette dissection de la collerette, le point de repère est l'utérus ; il n'est pas besoin de s'occuper des ligaments larges, ni de la vessie ; — au niveau des premiers, on serrera de près l'utérus, en entamant plutôt sur la tumeur ; on évitera ainsi presque à coup sûr l'anastomose artérielle et on arrivera sur l'artère utérine qu'on sectionnera après y avoir appliqué une pince. En avant, la vessie se trouvera décollée en même temps que la collerette ; elle sera refoulée avec les uretères, dont on n'aura pas à se préoccuper.

Arrivé au voisinage du col utérin, on se rendra compte de la situation du cul-de-sac vaginal postérieur en plongeant

le doigt dans la cavité de Douglas. On pourra ainsi sentir le tampon placé dans le vagin. — Si la tumeur gène par son volume pour l'ouverture du vagin, cette recherche sera facilitée en incisant la collerette en arrière sur la ligne médiane jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas. — Là, le vagin sera ouvert, puis incisé tout autour du col avec des ciseaux courbes. Des pinces ont été placées sur tous les vaisseaux ouverts pendant l'isolement du col. Lorsque la tumeur est complètement détachée, on l'enlève par l'abdomen.

On procède ensuite à l'hémostase. C'est là le point capital de l'opération, le temps le plus long et qui nécessite le plus de patience. Il faut placer des fils sur tout ce qui saigne, et, afin de ne pas courir le risque de voir les fils se déplacer, chaque ligature doit être passée dans les tissus avec l'aiguille de Reverdin. — De nombreuses artérioles vaginales sont ainsi liées, — puis les artères utérines. Quelquefois même, on doit placer quelques fils sur les bords de la collerette.

Quand le pédicule sous-salpingo-ovarien n'a pas été fait au début de l'opération, on le fait alors, en remplaçant la pince-clamp, mise provisoirement, par un fil à boucle passée.

Ce qui caractérise surtout ce procédé, c'est la formation de la collerette péritonéale, qui sert ensuite à refermer la cavité pelvienne. Doyen a fait la même chose avant Delagénière.

6° *Procédé de Largeau* (de Niort). — M. Largeau a exposé ainsi qu'il suit, devant le *Congrès de chirurgie* de 1893, le procédé employé par lui dans trois cas de fibromyomes :

Longue incision du ventre, telle que la tumeur sorte aisément de la cavité abdominale. Ligature des ligaments larges en un ou deux faisceaux selon leur volume. — Ces ligaments sont alors coupés de chaque côté jusqu'à l'utérus ; et la tumeur, qui n'est plus retenue par ces solides cordages latéraux tend à se dégager du petit bassin. — Opérant dans la position inclinée, je n'avais pas besoin de faire tenir la tumeur. Son propre poids (6 kil. 500 dans le 1er cas) suffisait à l'entraîner. J'incisai alors

le péritoine au-dessus de l'insertion vésicale en avant, plus bas en arrière. Je décollai la vessie, soit avec l'ongle, soit avec des ciseaux mousses, en rasant l'utérus et en entamant plutôt sa substance pour éviter l'uretère. La vessie fut bientôt décollée et je vis les points où s'insérait le vagin en avant grâce au doigt d'un aide conduit à la rencontre de mes ciseaux. — J'ai ouvert alors le cul-de-sac antérieur; puis j'ai attaqué les parties latérales (la région des artères, en faisant à l'aide de deux ou trois pinces l'hémostase préventive. Comme je voyais très bien ce que je faisais, il m'était facile d'arrêter le sang quand il en venait. Je n'en ai pas perdu cinq grammes dans l'opération qui a le plus saigné.

L'insertion postérieure du vagin se détache facilement. Il reste alors, la tumeur enlevée, une ouverture elliptique au centre de laquelle on voit l'extrémité froncée en bourse du vagin désinséré.

7° *Procédé de Ricard.* — M. Ricard emploie un procédé qui présente beaucoup d'analogie avec celui de M. Largeau, décrit ci-dessus. Voici sa manière d'opérer (1) :

L'abdomen ouvert, dit-il, je commence par me débarrasser des annexes, après avoir placé des ligatures à leur niveau ; puis, si le fibrome me gêne, je n'hésite pas à l'entourer d'un lien élastique et à le réséquer, n'ayant pas le parti pris de certains opérateurs, qui ne veulent pas toucher à la tumeur avant d'en faire l'ablation totale. De même, pour ouvrir le vagin, je ne pense pas qu'il y ait lieu de pratiquer toujours la même incision, et je m'attaque au cul-de-sac qui se présente le mieux, incisant ce cul-de-sac sur une longue pince que vient d'y placer un aide chargé uniquement de ce soin. J'ajoute que le vagin a été soigneusement désinfecté les jours précédents, et que, le matin même de l'opération, on doit bourrer la cavité

---

(1) *Semaine médicale*, 12 juin 1895, p. 258.

utérine avec une lanière de gaze iodoformée ; si j'avais pris ce soin dans le cas mortel que j'ai cité, je crois que l'opérée n'eût pas succombé.

Le vagin étant donc ouvert comme je viens de l'indiquer, j'achève de le décortiquer en plaçant à mesure les pinces hémostatiques nécessaires, tantôt en faisant circulairement tout le tour du vagin, à partir de ma première incision, tantôt en incisant successivement le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac postérieur.

B. — **Procédés nécessitant une intervention vaginale momentanée.**

Le plus ancien de ces procédés est celui de Chrobak. Cet auteur sectionne le cul-de-sac postérieur sur un instrument un peu spécial, introduit par le vagin : cet instrument est une sorte de sonde en T, dont la petite branche est cannelée.

8° *Procédé de Chrobach.* — Incision abdominale. La tumeur est attirée au dehors.

Ligature des ligaments infundibulo-pelviens et des ligaments larges sur les côtés de l'utérus.

Section transversale du péritoine à 2 ou 3 travers de doigt au-dessus de la vessie en avant, à la même hauteur en arrière. — Dissection de ces deux lambeaux. Libération de la vessie et du rectum jusqu'au niveau des insertions vaginales et même un peu plus bas.

Application du lien élastique, et ablation de toute la partie sus-jacente de la tumeur.

Cautérisation du moignon et de la muqueuse utérine, qu'on recouvre ensuite d'une lanière de gaze iodoformée.

Un interne introduit alors dans le vagin un instrument spécial : c'est une forte sonde malléable, présentant à son extrémité une pièce transversale ; cette partie porte une encoche semblable à celle d'une sonde cannelée sur son bord

supérieur. Cet instrument est posé de telle sorte, que sa partie transversale vienne s'appliquer sur la face postérieure du col. qu'elle refoule en avant.

Chrobak, avec une pince, saisit le cul-de-sac vaginal dépouillé de son péritoine, cul-de-sac toujours lâche, il l'attire en bas et en arrière, et cette traction a pour effet de le tendre sur le bord supérieur de la sonde ; l'incision faite à ce niveau portera donc exactement sur l'insertion de la muqueuse au col utérin. Le cul-de-sac postérieur est largement ouvert : et la surface de section est prise dans trois ou quatre sutures transversales.

Ligature des deux ligaments larges sur un doigt introduit dans le vagin, et section aux ciseaux, en laissant, adhérent aux ligaments, un petit morceau du col pour éviter le glissement des ligatures.

Ouverture du cul-de-sac antérieur et suture transversale de la tranche vaginale. Ligature des vaisseaux que peut intéresser cette section.

Ce qui restait de la tumeur se trouve ainsi libéré et est enlevé.

Lennander (d'Upsal), emploie un procédé analogue, mais sans se servir de la sonde de Chrobak. De plus, il opère dans la position de Trendelenburg.

9° *Procédé de Delaunay.* — Le procédé employé par M. Delaunay et décrit par lui au *Congrès de chirurgie* de 1894 est celui de Péan avec quelques modifications. — Après avoir libéré la tumeur en sectionnant les ligaments larges entre deux pinces, et séparé la vessie, il perfore le cul-de-sac antérieur sur une pince introduite par le vagin. Voici d'ailleurs sa façon d'opérer :

Après asepsie de la région abdominale, on fait une longue incision allant de l'ombilic au pubis et on la prolonge si cela est nécessaire.

Après avoir fait écarter les lèvres de l'incision abdominale,

je n'introduis pas mes mains dans le ventre pour extraire la tumeur, mais je transperce la masse fibreuse avec la grande et forte aiguille courbe de M. Péan ; et, me servant de cet instrument comme tracteur, j'attire lentement et doucement la tumeur hors du ventre ; s'il y a des adhérences, je les détache à mesure qu'elles se présentent ; et je me rends facilement maître des petites hémorrhagies auxquelles leur rupture peut donner lieu.

Une fois la tumeur hors du ventre et libérée des adhérences auxquelles elle a pu donner lieu, je place sur chaque ligament large deux longues pinces à longs mors et je sectionne entre ces deux pinces.

Lorsque la tumeur est ainsi isolée de ses ligaments larges, je place un lien élastique autour du pédicule et j'enlève toute la partie de la tumeur située au-dessus. A ce moment je fais l'ablation des annexes.

De fortes pinces à griffes sont ensuite placées sur la partie supérieure du pédicule et servent à l'élever le plus possible. Faisant alors tendre et étaler la face antérieure de ce pédicule, je décolle la vessie jusqu'au niveau de la partie la plus déclive du col.

Ceci fait, je fais saillir fortement le cul-de-sac antérieur par une pince introduite dans le vagin et je pratique au point saillant une incision verticale. Par cette boutonnière j'introduis le bistouri et je sectionne circulairement sur le vagin, en rasant le col le plus possible, intéressant même parfois le tissu utérin, surtout en avant, pour éviter plus sûrement les uretères. Pour assurer l'hémostase, cette section est précédée du pincement préventif et voici comment les pinces sont placées: au niveau de la boutonnière, où doit porter le premier coup de bistouri, une pince hémostatique ordinaire est posée, un mors dans le vagin et un autre du côté de l'abdomen ; et la portion de tissu pincée et incisée ; une seconde pince est ensuite posée et l'on continue ainsi jusqu'au niveau de la partie postérieure du pédicule. Arrivé là on s'arrête et l'on fait de

même du côté opposé. Le pédicule, ainsi libéré de ses attaches vaginales, est enlevé : et il ne reste plus alors que la collerette vaginale hérissée de pinces. — Deux ligatures sont placées de chaque côté au niveau des artères utérines ; — et les pinces sont successivement remplacées par un surjet à la soie.

10° *Procédé de Le Bec.* — Après avoir employé pendant un certain temps un procédé nécessitant l'application de pinces à demeure par le vagin, M. Le Bec en est arrivé à pratiquer exclusivement des ligatures.

Son procédé est basé sur l'étude anatomique des ligaments larges et sur la manière, dont les vaisseaux artériels et veineux sont disposés dans les ligaments.

Les vaisseaux forment deux groupes très distincts. Pour les voir, il suffit de tendre en dehors le ligament large. On distingue alors : 1° Un groupe externe et supérieur, en haut du ligament large et comprenant les vaisseaux utéro-ovariens ; 2° Un groupe interne et inférieur, accolé à l'utérus et situé à la base du ligament. Entre ces groupes vasculaires existe toujours un espace celluleux, mince, transparent, haut de 3 à 5 centimètres, large de 2 à 3, que l'on voit facilement par transparence. C'est dans cet espace que seront passés les fils, qui vont serrer les vaisseaux utéro-ovariens.

Voici le manuel opératoire de M. Le Bec, exposé dans la thèse d'un de ses élèves, M. le Dr Guinebertière.

Laparotomie. — Sortir la tumeur du ventre et soulever les annexes fortement. Par transparence choisir l'espace cellulaire mince du ligament large et y passer de gros fils de soie. Le premier étreindra les vaisseaux utéro-ovariens en dehors de l'ovaire ; le second, placé en dedans de l'ovaire, empêchera l'hémorrhagie venant de l'utérus. Sectionner entre les deux ligatures et répéter la même manœuvre de l'autre côté.

Lier à droite et à gauche les ligaments ronds — il est plus facile de les lier à ce moment que de les comprendre avec les vaisseaux utéro-ovariens.

Disséquer la vessie de haut en bas après incision du péritoine sur la face antérieure du fibrôme.

Si la tumeur est énorme et gêne par son volume, on peut l'enlever à ce moment, après avoir au préalable appliqué un lien élastique de 6 à 8 centimètres au-dessus des culs-de-sac vaginaux.

Perforation des culs-de-sac vaginaux. — Passage des fils. — Cul-de-sac postérieur. — Attirer la tumeur sur le pubis et introduire par le vagin une pince courbe ouverte de quelques centimètres. Au moyen de cette pince, faire bomber le cul-de-sac postérieur et inciser entre les mors — Agrandir l'ouverture en écartant les branches de la pince.

Cul-de-sac antérieur. — Placer la pince dans le cul-de-sac antérieur et répéter la même manœuvre. A l'ouverture des culs-de-sac on observe parfois des hémorrhagies qu'il est facile d'arrêter.

Passage des fils. — Par le cul-de-sac postérieur pousser la pince dans l'abdomen, y saisir l'extrémité d'un long fil de soie forte, l'attirer dans le vagin et le repasser dans l'abdomen par le cul-de-sac antérieur ; de cette façon l'anse comprend les vaisseaux utérins. Même manœuvre de l'autre côté. Serrer fortement les fils près du col utérin.

Ablation du pédicule. — Si le lien de caoutchouc a été posé, l'enlever. Fendre en deux le moignon formé par le col en incisant l'axe de la cavité utérine, ou mieux, si c'est possible, inciser à côté de la cavité utérine sans l'ouvrir. Réduire le volume des deux moitiés en laissant assez de parties molles pour rendre impossible le glissement des ligatures.

Si le lien de caoutchouc n'a pas été posé, si la tumeur est intacte, la couper horizontalement au-dessus des anses latérales serrées, puis inciser verticalement le moignon comme il vient d'être dit.

Si le volume des parties molles, destinées à empêcher le glissement des ligatures est suffisant, il n'y a pas d'hémorrhagie possible. L'auteur ajoute que, si ce glissement vient à se faire

par suite de l'insuffisance des parties molles, on en est averti immédiatement. En regardant par le ventre ouvert, on voit directement l'artère utérine, qui donne du sang ; et il est facile de la lier isolément, ainsi que les grosses veines du moignon. Plus simplement encore, il suffit de placer une seconde anse de fil à coté de la première, et on arrête tout suintement.

Avec une pince introduite par le vagin, saisir les chefs flottants des deux ligatures latérales du pédicule et les descendre dans le vagin.

Fermeture du péritoine. — Fermer le péritoine au niveau du vagin avec les lambeaux péritonéaux taillés en avant et en arrière du fibrôme, avec quelques points de suture continue au catgut, faits par le ventre, avec une aiguille courbe.

Suture de la paroi abdominale.

Ce procédé original, qui a donné à son auteur 15 succès sur 17 interventions, paraît être d'une exécution assez facile. Ce qui fait sa caractéristique, c'est l'emploi exclusif des ligatures, sans pincement préalable. On verra plus loin un procédé diamétralement opposé, décrit en 1895 par M. Richelot à la Société de chirurgie. Ici, absence de toute ligature : seules, des pinces à demeure introduites par le vagin sur les ligaments larges assurent l'hémostase.

C. — Procédés dans lesquels l'hémostase est assurée par des pinces introduites par le vagin et laissées à demeure.

Dans les trois procédés qui restent à décrire. l'intervention vaginale est plus complexe ; l'antisepsie est donc beaucoup moins facilement assurée.

11° *Procédé de Lanphear.* — Lanphear pratique le dégagement de la tumeur comme la plupart des opérateurs. Après

avoir perforé les culs-de-sac, au lieu de pratiquer la ligature des artères utérines, il introduit par le vagin et de chaque côté une pince qu'il laisse à demeure. Voici d'ailleurs le procédé qu'il décrit (1) :

Après laparotomie , ligature des vaisseaux ovariens et du ligament large, l'utérus étant en place, et section entre la ligature,et une pince accolée à l'utérus. L'organe, ainsi dégagé, est attiré facilement à travers la plaie abdominale.

Incision du cul-de-sac vésico-utérin et décollement de la vessie ; arrivé au voisinage du col, l'opérateur met un doigt dans le vagin et perfore le cul-de-sac antérieur aux ciseaux.

Même manœuvre, mais plus facile en arrière. L'utérus, ainsi dégagé sur ses deux faces, est confié à un aide, qui le tire en haut et latéralement ; on introduit alors une pince à hystérectomie de Polk par le vagin, laissant une main dans le ventre pour guider les mors de l'instrument. Il faut placer la pince aussi près que possible de l'utérus et s'assurer que son extrémité supérieure atteint le niveau où les ligatures s'arrêtent. On sectionne ensuite ce pédicule latéral et on agit de même du côté opposé. L'utérus est alors enlevé par l'abdomen avec les annexes.

12° *Procédé de Richelot.* — M. Richelot va encore plus loin dans cette voie : il supprime systématiquement toute ligature. Voici son procédé tel qu'il l'a exposé lui-même à la *Société de chirurgie* le 24 avril 1895.

Il faut très peu d'instruments : un bistouri, quelques pinces hémostatiques, quatre ou cinq « longuettes de seize » et les deux grandes « pinces de Richelot » dont je ne me sers jamais dans l'hystérectomie vaginale, mais qui ont ici de sérieux avantages ; elles sont courbés sur le champ et s'accommodent à la forme de l'excavation ; elles ont la longueur suffisante pour

(1) Lanphear. — *Medical record*, 1er juillet 1893.

saisir la totalité du ligament large, ce qui est très utile et très facile dans cette opération, je le montrerai tout à l'heure ; elles ont beaucoup de bande, c'est-à-dire que leur extrémité mord très bien le bord supérieur du ligament et ne le laisse pas déraper.

Il est de rigueur de se placer entre les jambes. La désinfection vaginale doit être absolue, ce qui d'ailleurs ne présente aucune difficulté. L'incision abdominale étant faite, l'utérus est attiré hors de la plaie. Le ligament élastique provisoire n'a pas de raison d'être. La masse utérine est couchée sur l'abdomen, tirée par les pinces à traction et aide à fermer l'angle supérieur de la plaie. Tant mieux si le fibrome est tout entier dans le corps. S'il est développé dans le segment inférieur, ou s'y prolonge et remplit l'excavation, il faut faire ce que je faisais naguère pour obtenir dans tous les cas un pédicule mince : fendre verticalement l'utérus, énucléer la tumeur en bloc ou par morcellement, placer quelques pinces hémostatiques, fermer la grande loge utérine avec les pinces à traction. L'utérus, flasque et aminci, vous laisse toute liberté pour agir sur ses parties latéralos.

Taillez un lambeau de péritoine par une incision transversale, sur la face antérieure de l'utérus, d'un ligament large à l'autre, en coupant les ligaments ronds. Décollez et refoulez ce lambeau dans le petit bassin, pour éloigner la vessie et l'uretère.

L'index et le médius de la main gauche introduits profondément dans le vagin, en avant du col, rasez l'utérus avec les ciseaux, à la rencontre de vos doigts, et perforez le cul-de-sac antérieur. Je n'ai pas besoin de le bourrer de gaze ou de le faire saillir avec un instrument métallique.

Quittez le vagin, mettez l'index par en haut dans la perforation, et sur ce conducteur coupez avec les ciseaux l'insertion du vagin au ras du col jusqu'à la base d'un ligament large ; coupez même sur le côté du col, au-dessous du ligament. Rien ne saigne, pas plus que ne saigne l'incision circulaire au début de l'hystérectomie vaginale.

C'est le moment de placer la grande pince, pendant que l'utérus est encore là et vous présente son ligament dans son attitude normale. Je suis arrivé en dernière analyse à cette manière de faire qui est la plus simple et de beaucoup la plus sûre. Inutile par conséquent, d'appliquer les pinces abdominales provisoires pour y substituer les vaginales définitives ; inutile de recourir à la pince très ingénieuse de Jacobs, dont les branches mobiles se démontent, sont enlevées de l'abdomen et replacées par l'autre voie.

Procédez de la manière suivante : embrassez le ligament large avec toute la main gauche, le pouce en avant, les doigts en arrière ; appuyez la pointe mousse des ciseaux dans le joint où vous venez d'arrêter la désinsertion vaginale, au-dessous de l'utérine ; perforez le feuillet postérieur du ligament, retirez les ciseaux en les ouvrant pour agrandir l'orifice, et placez dans cet orifice l'index ou le médius de la même main. Puis introduisez la pince vaginale, présentez son mors postérieur au susdit orifice et poussez de bas en haut — en dehors de la trompe et de l'ovaire bien entendu — pendant que votre aide laisse descendre un peu l'utérus et que vous engagez à fond le bord supérieur du ligament large, avant de serrer fortement. Cette application de la pince est d'une facilité extrême, inattendue.

Reprenez de l'autre côté, la désinsertion du vagin et pincez le second ligament de la même façon.

Coupez rapidement sur les bords de l'utérus, et la masse ne tient plus que par le cul-de-sac postérieur. Notez que vous ne l'avez pas ouvert tout de suite après l'antérieur, il aurait fallu soulever la masse utérine, la rabattre en avant : c'était plus long et bien inutile. Au point où nous en sommes arrivés, tout est fini en deux ou trois coups de ciseaux.

La tumeur enlevée, il faut reprendre, avec « des longuettes de seize » introduites par en bas, les points saignants de la section postérieure. Puis une lanière de gaze iodoformée, introduite par en haut, est pelotonnée dans le fond du vagin, et l'opéra-

tion est terminée. — Pourquoi tenir à fermer le péritoine, puisqu'il reste ouvert dans l'hystérectomie vaginale ?

Et pourquoi laisser un drain, comme le font quelques-uns, voire même un tamponnement de Mickulicz dans la plaie de l'abdomen, au risque d'avoir une guérison moins rapide, et plus tard une éventration ? Où sont les causes d'infection, les risques d'hémorrhagie ? Avec les pinces des ligaments, l'hémostase complémentaire, l'absence de toute ligature et la brèche du péritoine occupée par la gaze, on a la copie identique d'une hystérectomie vaginale.

Tel est le procédé de Richelot, qui a donné à son auteur trois succès sur trois interventions. Il est évident que, faite dans ces conditions, cette opération se rapproche beaucoup de l'hystérectomie vaginale. L'absence de toute ligature doit évidemment diminuer beaucoup la durée de l'opération, d'autant que la ligature des artères utérines est en général très longue et laborieuse. Nous ne croyons pas cependant que l'idéal soit de laisser des pinces à demeure : outre les dangers beaucoup plus grands d'infection, on est toujours exposé aux hémorrhagies primitives, par suite du glissement des pinces, ou secondaires au moment de leur enlèvement, ainsi qu'on en a publié des exemples.— D'un autre côté, lorsqu'on aura affaire à un utérus très développé, les pinces devront être bien longues pour arriver à pincer le ligament large dans toute sa hauteur, et on sera d'autant plus exposé à voir la pince déraper que ce ligament est loin d'avoir une épaisseur uniforme.

Il reste à résumer le procédé décrit par M. Doyen en 1892. On le décrit généralement parmi les procédés d'hystérectomie abdominale, bien qu'en somme ce soit un procédé mixte. Il est vrai que la tumeur est enlevée entotalité par l'abdomen ; mais, c'est par le vagin qu'est faite l'ablation des annexes ; et c'est également en suivant cette voie que M. Doyen assure l'hémostase définitive en appliquant des pinces à demeure (1).

(1) Doyen, *loc. cit.* p. 498.

13° *Procédé de Doyen.* — La tumeur sortie du ventre et rabattue en avant sur le pubis recouvert de serviettes stérilisées, le péritoine est incisé d'un seul coup depuis le cul-de-sac de Douglas jusque sur le point le plus saillant de la tumeur.

Le vagin est ouvert en arrière du col, sur une pointe introduite par la vulve. Le péritoine est alors vivement sectionné sur toute la surface de la tumeur, de façon que la section, en forme de raquette, et partant, pour y revenir, de la section longitudinale postérieure de la séreuse, suive à peu près l'équateur de la tumeur, et passe latéralement au-dessus des annexes, et en avant très loin de la vessie.

Faisant alors tenir entre les doigts de l'aide le ligament large gauche, l'opérateur le détache rapidement de l'utérus avec des ciseaux ou le bistouri, en prenant soin d'empiéter légèrement sur le tissu utérin. Une ligature jetée au-dessus des annexes, suffit, d'ordinaire, pour assurer l'hémostase.

La séreuse est alors rapidement décollée, avec les doigts ou des ciseaux mousses, des faces antérieure et postérieure de la tumeur ; et le deuxième ligament large est à son tour détaché et lié.

Il est alors aisé, en rasant le tissu utérin, de détacher d'un seul coup, en complétant la décortication sous-péritonéale, la totalité de la tumeur, y compris le col, visible par l'incision du cul-de-sac postérieur.

C'est à peine s'il est nécessaire de lier isolément une ou deux artérioles, au voisinage du col. Les fils, qui assurent l'hémostase des pédicules latéraux, sont passés dans le vagin, ainsi que la vaste collerette péritonéale qui entoure la tumeur. Le ventre est momentanément fermé à l'aide de trois ou quatre pinces à griffes émoussées ; et l'hémostase définitive des ligaments larges est pratiquée à l'aide de deux de ses pinces à mors élastiques placées à la vulve. On fait alors la toilette du péritoine ; on tamponne le vagin, en plaçant au besoin, au-dessous du tampon de gaze, un double drain ; et l'on ferme par un surjet le péritoine pelvien.

« Une des particularités de ce procédé, écrit M. Doyen, est l'absence de toute hémostase préventive : nous détachons les ligaments larges avant de rien pincer et de rien lier. »

Que ce procédé soit plus rapide, c'est possible ; mais il doit forcément s'accompagner d'une hémorrhagie...... En effet, la simple ligature jetée en dessous des annexes ne suffit pas à interrompre complètement la circulation : elle interrompt l'arcade artérielle formée par l'anastomose de l'utérine avec l'utéro-ovarienne, et empêche l'arrivée du sang de cette dernière. Mais il est évident que les nombreuses branches que l'utérine a déjà émises à ce niveau continueront à donner, puisque le tronc principal n'est pas oblitéré. C'est d'ailleurs aussi l'avis de M. Chaput, qui écrivait ce qui suit au *Congrès de chirurgie* de 1893 :

« M. Doyen a récemment conseillé un procédé d'extirpation totale par une incision en raquette à queue postérieure empiétant sur le vagin ; mais j'ai le regret de dire que sa méthode a été insuffisamment décrite ou bien qu'elle est vraiment inadmissible. L'auteur se contente, en effet, d'une seule ligature sur les ligaments larges (ce qui est insuffisant) ; puis il détache toute la tumeur ; il fait ensuite l'hémostase par le vagin. Si rapides que soient ces manœuvres, elles s'accompagnent forcément d'une perte de sang considérable. »

Du choix du procédé opératoire.

Après avoir parcouru les différents procédés opératoires employés tant en France qu'à l'étranger, on est en droit de se demander quel est le meilleur. Y en a-t-il un, qui réponde à toutes les indications, qui doive être employé à l'exclusion des autres ? Nous ne le pensons pas. Il ne faut pas être exclusif. Chaque cas peut présenter des indications particulières : il faut savoir choisir parmi les divers procédés celui qui répond le mieux à ces indications. — C'est ainsi que le dégagement de la

tumeur ne pourra pas toujours être effectué de la même façon ; — de même, l'hémostase, parfois si difficile à obtenir, de l'artère utérine, forcera le chirurgien à recourir à tel ou tel procédé décrit.

Cependant, on peut établir, d'une manière générale, quelques règles à suivre dans les différents temps de l'intervention.

Et d'abord, à notre avis, les manœuvres devront être exclusivement abdominales ; on aura ainsi une sécurité beaucoup plus grande au point de vue antiseptique. C'est pourquoi nous avons classé en première ligne les procédés de Martin, Polk, Edebohls, Guermonprez, Delagénière, Largeau, Ricard, dans lesquels, à aucun moment, on n'intervient par le vagin. C'est une supériorité incontestable que tous ces procédés ont sur les autres ; car, malgré toutes les précautions au moment de l'acte opératoire, malgré les soins minutieux de désinfection préalable, on est toujours exposé à contaminer le péritoine, quand on manœuvre tour à tour dans la séreuse et à la vulve.

Aussi croyons-nous qu'il est préférable de s'en tenir uniquement à la voie abdominale, réservant toute intervention par le vagin pour les cas d'absolue nécessité.

Pour y apporter de la méthode, nous passerons successivement en revue les différents temps du manuel opératoire.

Après avoir indiqué les soins préliminaires nécessaires, nous suivrons dans l'exposé l'ordre suivant :

Incision de la paroi abdominale ;

Dégagement de la tumeur ;

Libération du col et hémostase des artères utérines ;

Sutures ; Drainage ; Pansement.

§ I. — *Soins préliminaires.* — La préparation de la malade a une importance capitale dans la pratique de tous les chirurgiens. C'est peut-être aller un peu loin cependant que de préconiser, comme Martin et Edebohls, le curettage préalable de la cavité utérine.

D'une façon générale, M. Guermonprez prescrit les précautions suivantes :

Pendant les quinze jours ou trois semaines qui précèdent l'opération, injections vaginales de sublimé au millième.

La veille de l'opération, la malade est rasée : puis la vulve et la paroi abdominale sont savonnées et lavées avec un liquide antiseptique. — Un grand bain savonneux est ensuite prolongé pendant une heure. — Après le bain alcalin, une injection vaginale est faite à l'aide d'une solution alcaline chaude, puis une autre au sublimé ; elles sont suivies d'un tamponnement du vagin à la gaze iodoformée. Il serait peut-être utile de pratiquer, ainsi que le conseillent quelques auteurs, un léger tamponnement de la cavité utérine. On fait également administrer la veille un léger purgatif, (généralement 25 grammes d'huile de ricin).

Le matin de l'opération, le tampon vaginal est enlevé, et on pratique une nouvelle injection au sublimé. La paroi abdominale et la vulve sont de nouveau savonnées, lavées à la solution de sublimé, puis à l'alcool et à l'éther. On procède ensuite à l'intervention-proprement dite.

§ II. — *Incision de la paroi.* — L'incision de la paroi doit être assez longue, afin de n'être pas gêné dans l'exécution des différents temps opératoires, et pour faciliter la sortie de la tumeur. Il ne faut pas craindre de dépasser l'ombilic, d'atteindre même l'appendice xyphoïde.

On ouvre le péritoine sur la même longueur, et on procède alors au dégagement de la tumeur.

§ III. — *Dégagement de la tumeur.* — Pour dégager la tumeur, il faut commencer par la libérer de ses attaches latérales, autrement dit, il faut sectionner les ligaments larges de chaque côté. Cette section peut être faite après ligature de l'artère utéro-ovarienne (comme le fait Le Bec en particulier),

ou encore entre deux pinces appliquées sur les ligaments (Guermonprez, Delaunay, etc.).

Une incision transversale, allant d'un ligament large à l'autre et passant au-dessus de la vessie permet ensuite de libérer celle ci, qui est ainsi refoulée en avant avec les urétères.

Il faut pousser la décortication jusqu'aux insertions vaginales du col utérin. La paroi postérieure sera également libérée d'avec le rectum, s'il y a des adhérences.

Doyen dégage la tumeur par un procédé spécial. Il fait une incision verticale du péritoine en arrière, du fond du cul-de-sac postérieur au point le plus saillant de la tumeur et perfore le cul-de-sac de Douglas. De la partie médiane de cette première incision, il en fait partir une autre, en raquette, passant au-dessus de l'insertion des ligaments larges et de la vessie. Il décortique ensuite complètement la tumeur, en rasant l'utérus, puis jette une ligature de chaque côté. Nous avons déjà fait des réserves sur ce procédé au sujet de l'hémostase. Cependant nous croyons que, dans le cas de tumeurs très volumineuses, où les ligaments larges sont peu accessibles, ce mode de dégagement pourra rendre service.

M. Richelot se contente d'une incision transversale, sur la face antérieure, allant d'un ligament large à l'autre et passant au-dessus de la vessie. Il décolle ensuite le lambeau ainsi formé. Son procédé pourra être employé utilement dans certains cas, lorsque la tumeur est très adhérente en arrière, par exemple, et peu mobilisable.

Toutefois, le procédé de choix nous paraît être la section pure et simple des ligaments larges en dehors des annexes, entre deux pinces ou après ligature.

Pendant ce temps du dégagement, on pourra se servir utilement, pour mouvoir la tumeur, soit de la pince spéciale imaginée par M. Reverdin, soit de l'appareil de M. Delagénière, sorte de tire-bouchon à hélice, qu'on fait saisir par un aide, et que l'on peut adapter au besoin à une paire de moufles.

Si la tumeur est très volumineuse et gênante, il sera parfois

indiqué de l'enlever avant de libérer le col, après avoir fait provisoirement un pédicule avec un lien élastique. Cependant, si la tumeur n'est pas trop gênante, il est préférable de la laisser entière, l'ouverture de la cavité utérine ou cervicale expose toujours beaucoup plus à l'infection.

§ IV. — *Libération du col et hémostase des artères utérines.* — Si la libération du col d'avec ses attaches vaginales est relativement facile, en revanche l'hémostase des artères utérines présente le plus souvent de sérieuses difficultés.

C'est là le temps le plus laborieux de l'hystérectomie abdominale, celui qu'on cherche le plus à perfectionner.

Il faut d'abord perforer les culs-de-sac en commençant par l'antérieur ou le postérieur. Quelques chirurgiens font préalablement bomber le cul-de-sac, soit à l'aide d'une pince (Le Bec), soit à l'aide d'un instrument spécial (Chrobak) introduits par le vagin. Cette manœuvre vaginale n'est généralement pas nécessaire et, autant que possible, doit être évitée. Le mieux est de perforer par l'abdomen, de haut en bas. Le procédé employé par M. Guermonprez est d'une exécution assez facile. Il pratique, au moyen du bistouri, une petite boutonnière verticale dans le cul-de-sac antérieur ; à l'aide d'une forte sonde cannelée, introduite par cette boutonnière et passant au-dessous du col, il transfixe d'avant en arrière le cul-de-sac postérieur. Ce temps opératoire peut être ainsi très rapidement exécuté.

Avant de procéder à la libération complète du col, il faut assurer l'hémostase des artères utérines. Quel est le meilleur procédé à employer ?

Nous avons déjà exposé les raisons qui nous font rejeter les pinces à demeure introduites par le vagin : nous n'y reviendrons pas. Reste donc la ligature sans pincement préalable, et le pincement provisoire remplacé ensuite par les ligatures. Polk, après avoir chargé l'artère sur une aiguille à anévrysme, fait une ligature directe. Nous l'avons vu faire aussi par

M. Guermonprez. Edebohls pratique également la ligature des artères utérines au catgut, en passant près du vagin sans y pénétrer.

Chrobak lie la base des deux ligaments larges sur un doigt introduit dans le vagin.

Le Bec emploie un procédé un peu spécial. A l'aide d'un fil passé de l'abdomen dans le vagin par le cul-de-sac postérieur, puis ramené du vagin dans l'abdomen par l'antérieur, il forme une anse à concavité supérieure comprenant les vaisseaux utérins et il en fait la ligature en masse.

Mais la plupart des auteurs, (Delaunay, Largeau, Ricard, etc.,) assurent l'hémostase préventive à l'aide de pinces à forcipressure remplacées ensuite par des ligatures.

M. Guermonprez, après avoir perforé les culs-de-sac et en se servant de la sonde cannelée comme conducteur, applique de chaque côté une pince-clamp comprenant toute l'épaisseur du dôme vaginal. Après libération complète du col et ablation de la tumeur, cette pince-clamp est remplacée par des ligatures à la soie.

Mais, il ne faut pas se le dissimuler, les ligatures à ce niveau ne sont pas d'une exécution très facile. — Dans le cas où la ligature serait reconnue impossible et comme pis aller seulement, on pourra encore recourir aux pinces à demeure.

§ V. — *Sutures. Drainage. Pansement.* — La question de la suture du péritoine pelvien est assez controversée.

Les anciens auteurs, Chrobak, Martin, Edebohls, Baldy, etc., s'attachaient à réunir d'une façon aussi complète que possible les bords de la séreuse, à empêcher toute communication avec le vagin. Quelques-uns même allaient jusqu'à suturer les parois vaginales. On tend de plus en plus à reconnaître aujourd'hui que ce temps opératoire n'est pas nécessaire et allonge inutilement l'intervention.

Il en est de même du drainage.

Lanphear ne pratique ni sutures ni drainage.

Richelot agit de même : « Pourquoi tenir à fermer le péritoine, écrit-il, puisqu'il reste ouvert dans l'hystérectomie vaginale ? Et pourquoi laisser un drain, comme le font quelques-uns, voire même un tamponnement de Mickulicz dans la plaie de l'abdomen, au risque d'avoir une guérison moins rapide, et plus tard une éventration ? »

M. Ricard est également d'avis de se dispenser de cette suture : « Jusqu'à présent, dit-il, j'ai fait la suture du vagin et la suture du péritoine ; mais je reconnais que cette suture souvent très difficile, allonge inutilement l'opération et en augmente ainsi la gravité, alors que, le vagin étant convenablement drainé, comme l'a indiqué M. Richelot, on se trouve dans les conditions de l'hystérectomie vaginale. Dorénavant, je me dispenserai, par conséquent, de suturer le vagin et le péritoine ; et je pense que, dans de pareilles conditions, l'hystérectomie abdominale totale n'offrira pas un pronostic opératoire plus grave que l'hystérectomie vaginale pour les tumeurs d'un volume moindre. » (*loc. cit.*)

M. Guermonprez ne pratique jamais la suture du péritoine pelvien ; et, nous n'avons vu survenir aucun accident. Il semble d'ailleurs qu'il y ait tout avantage à ne pas obturer complètement la cavité pelvienne, afin de permettre l'écoulement des liquides qui tendent à s'accumuler dans les points les plus déclives.

Dans quelques cas seulement, un drainage suivant le procédé de Mickulicz sera peut-être indiqué.

On pratiquera ensuite la suture de la paroi abdominale à trois étages, ainsi qu'on le fait généralement dans toute intervention abdominale.

Un pansement sera appliqué antiseptique ordinaire, ou mieux aseptique. Pour le vagin, le mieux est de faire un léger tamponnement à la gaze iodoformée.

§ VI. — *Soins consécutifs.* — Les suites opératoires sont

généralement fort simples, et les soins consécutifs se résument à peu de chose.

Le tamponnement vaginal devra être remplacé au bout de deux jours. — Le drainage à la Mickulicz, s'il a été fait, sera supprimé le troisième jour.

On se comporte ensuite comme après une ovariotomie.

L'opérée peut, en général, se lever quinze jours après l'opération. — Au bout de trois semaines, s'il ne survient aucune complication, elle peut quitter la chambre pour reprendre, peu de temps après, ses occupations habituelles.

16 juillet 1895.

CONCLUSIONS DE LA THÈSE DE M. LE Dr PLOUVIER

Lille, 16 juillet 1895.

I. — L'hystérectomie abdominale totale est l'opération de choix pour les tumeurs fibreuses de l'utérus dépassant l'ombilic, et même pour les tumeurs sous-ombilicales développées surtout latéralement, adhérentes et difficilement mobilisables.

II. — Grâce aux perfectionnements apportés dans le manuel opératoire, cette opération est d'une exécution relativement facile, et ses résultats peuvent être avantageusement comparés à ceux des autres méthodes chirurgicales.

III. — Les indications de l'hystérectomie totale peuvent être résumées ainsi : évolution rapide de la tumeur ; grand volume ; hémorrhagies abondantes et rebelles mettant la vie en danger ; phénomènes de compression du côté des organes pelviens (douleurs, rétention) ; ascite abondante ; dégénérescence de la tumeur.

La seule contre-indication sera fournie par le mauvais état général de la malade.

IV. — Il n'y a pas de méthode exclusivement applicable ; chaque fait présente des indications spéciales, et il faut savoir choisir le procédé qui y répond le mieux. On peut dire cependant que, d'une façon générale, il est préférable d'intervenir exclusivement par l'abdomen ; — de même, on préférera les ligatures aux pinces à demeure.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE SUBSTITUÉE A L'OPÉRATION DE PORRO

Lecture faite à l'Académie de médecine de Paris le 6 août 1895.

Par M. GUERMONPREZ.

C'est à l'Académie de médecine de Paris, que j'ai eu l'honneur de présenter ma communication de septembre 1891 ; elle est devenue le point de départ de l'étude systématique de l'hystérectomie abdominale totale, que l'on considère de plus en plus comme l'opération de l'avenir pour les fibromyomes volumineux de l'utérus.

C'est une opération d'incontestable importance ; mais il est encore possible de la pratiquer pour compléter une opération césarienne. — L'observation que j'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie en est une preuve.

La mère et l'enfant sont vivants, bien que l'opération ait été presque improvisée à la campagne, dans un milieu privé des ressources si précieuses des établissements appropriés de nos jours.

Une femme de 34 ans, mariée depuis un an et demi, est enceinte de six mois, lorsqu'on s'aperçoit qu'elle ne peut pas accoucher normalement. Une tumeur volumineuse est reconnue dans le cul de sac de Douglas : cette tumeur est irréductible ; elle refoule le col utérin en haut et en avant ; elle l'aplatit même sur la face postérieure de la symphyse pubienne. La sensibilité, la consistance molle et la disposition presque transversale de la tumeur font penser à une hématocèle rétro-utérine. Le souvenir d'avoir senti quelques noyaux durs et

presque sphériques, qui semblaient en rapport avec le fond de l'utérus, amène à soulever la question du fibro-myome utérin ; mais il n'y a jamais eu de métrorrhagies qui concordent avec cette interprétation. Par ailleurs, la malade est difficile à explorer, parce que tout le ventre est sensible. Le catéthérisme vésical et le toucher rectal ne fournissent pas d'indication à retenir. Enfin, la femme est une vigoureuse femme de travail, qui dédaigne les simples malaises et même les douleurs minimes et qui n'a jamais su s'observer.

Après des explorations multipliées, MM. Plet (de Dechy) et Wigniolle (de Douai), envisagent la possibilité d'une grossesse extra-utérine, bien qu'il leur paraisse impossible d'adopter un diagnostic bien démontré. Il faut reconnaître que les bruits du cœur fœtal sont superficiels ; les mouvements actifs se voient aisément et tout le ventre est très sensible à la moindre palpation, comme dans la grossesse extra-utérine.

Quoiqu'il en soit, la malade et la famille sont informées de la situation ; et l'opération césarienne est résolue pour la date convenable.

Le 7 juillet 1895 apparaissent les douleurs de la parturition, qui se succèdent dans les formes communes d'un accouchement ordinaire.

Le 8 juillet, les douleurs persistent et cependant la dilatation ne se fait pas. La tumeur du cul-de-sac de Douglas demeure fixe, irréductible ; elle est plus dure que par le passé, d'une consistance pâteuse, qui éloigne toute idée de fibrôme ; elle obstrue tout le détroit supérieur. — Le col utérin est mou, mais non effacé. C'est péniblement qu'on arrive à y introduire un doigt. — Les membranes sont rompues. Le liquide amniotique s'est écoulé par les voies naturelles.

Le 9 juillet, la parturiente n'est que médiocrement fatiguée. Un eczéma confluent sur toute la surface du ventre entrave malencontreusement le nettoyage, qui est déjà très insuffisant par ailleurs. — L'enfant vit encore : on entend distinctement les battements du cœur ; mais le toucher vaginal ramène du

méconium en abondance. — Il est impossible de discerner aucune partie fœtale par le toucher ; mais la palpation de l'abdomen, qui est devenue moins pénible, permet de distinguer une série de portions dures et sphériques, qu'il est impossible d'attribuer à la tête ou au siège d'un fœtus et même de deux jumeaux. — Il en résulte — qu'avant de faire l'opération césarienne, — on s'attend à rencontrer des fibromyomes utérins et à pratiquer une hystérectomie abdominale totale.

L'opération est faite immédiatement dans une salle de cabaret. On improvise le lit au moyen de deux tables de cette salle et d'un matelas. Les genoux et les poignets de la parturiente sont fixés par des liens passés sous les tables. La désinfection du vagin est faite au moyen d'injections à la liqueur de Van Swieten ; celle de la peau est assurée par un nettoyage savonneux, puis par l'alcool à 90°.

La chloroformisation n'est rendue profonde, qu'au moment des tractions exercées sur l'un ou l'autre des ligaments larges : la parturiente fait alors avec effort quelques mouvements respiratoires bruyants avec une façon, qui ressemble à un ronflement et à un rugissement en même temps.

L'incision de la paroi abdominale est faite sur la ligne blanche à partir de trois ou quatre travers de doigts au-dessus du pubis ; elle est ensuite prolongée un peu au-dessus de l'ombilic. Cette paroi est dure, épaisse, infiltrée dans sa portion sous ombilicale. Dès que le péritoine est ouvert, il s'écoule un peu d'ascite et on reconnaît une rougeur avec vascularisation inusitée de la séreuse pariétale.

La section césarienne est faite longitudinale et médiane ; mais elle n'est pas conduite sur la portion qui se présente tout d'abord, parceque celle-ci a une consistance ferme, comme si elle était renforcée par un fibrôme interstitiel, ou bien comme si elle était doublée par le placenta. La section est donc faite un peu plus haut, vers le fond de l'utérus. La paroi est épaisse mais la perte de sang minime. — L'enfant présente sa région

dorso-lombaire, tandis que le siège répond au détroit supérieur de la mère et que la tête repose sur l'hypochondre gauche de celle-ci. — L'extraction en est facile. — Immédiatement l'enfant pousse son premier vagissement.

L'utérus revient d'emblée sur lui-même ; mais la perte de sang est très abondante. La main, introduite dans la cavité utérine, trouve le placenta en partie décollé, en achève aussitôt la séparation et l'enlève aisément : (poids 700 grammes). Mais l'hémorrhagie persiste..... plus abondante peut-être ; elle vient de tout le pourtour de la surface interne de l'utérus. Une poignée d'éponges de Venise est saisie par le chirurgien,

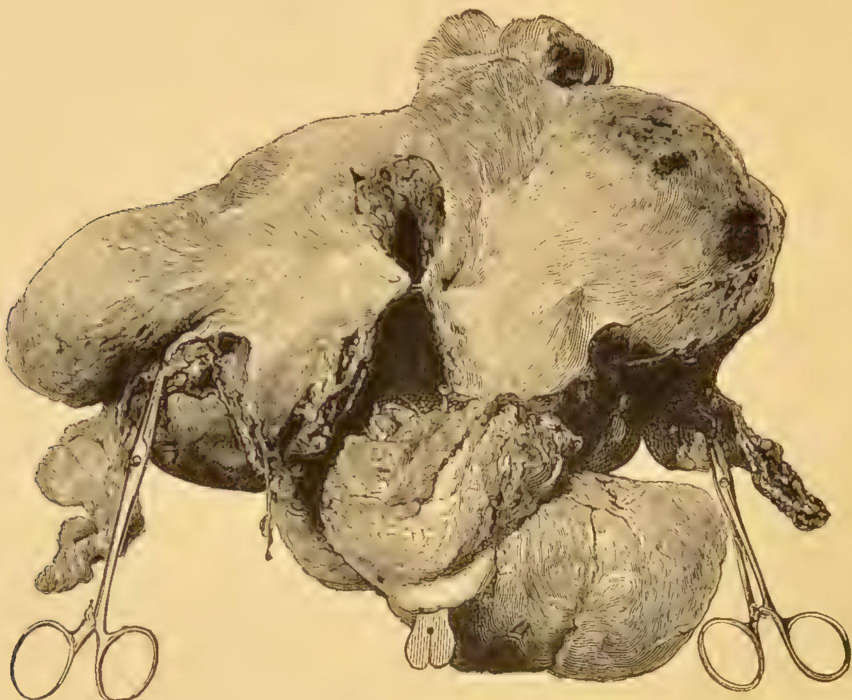


Fig. 16. (d'après une photographie). — Face antérieure de la tumeur. Les bords de l'incision césarienne ont été rapprochés en leur milieu. Le segment inférieur de l'utérus a été rapproché de même ; une sonde cannelée passe dans l'axe de tout l'utérus. Les pinces à pression sont placées sur la section des vaisseaux utéro-ovariens.

qui en bourre vivement la cavité et fait fermer celle-ci par un aide, lequel comprime le tout avec vigueur : l'hémorrhagie s'arrête.

Toute la masse de l'utérus est alors amenée hors de l'abdomen. Tandis que sa face antérieure est à peu près plane ses bords latéraux et supérieurs portent toute une série (une quinzaine) de fibromes sous-péritonéaux et plus ou moins appendiculaires. — Pour dégager la portion la plus postérieure, il faut que la main intervienne et rompe des adhérences nombreuses dans tout le petit bassin, jusqu'au fond du cul de sac de Douglas. — Trois fibrômes en sont ramenés, dont l'un plus volumineux et plus inférieur, et deux autres moins importants, mais latéralement placés et arcboutés contre le pourtour du détroit supérieur (fig. 17.)

Dans de semblables conjonctures, il n'y avait pas à hésiter :

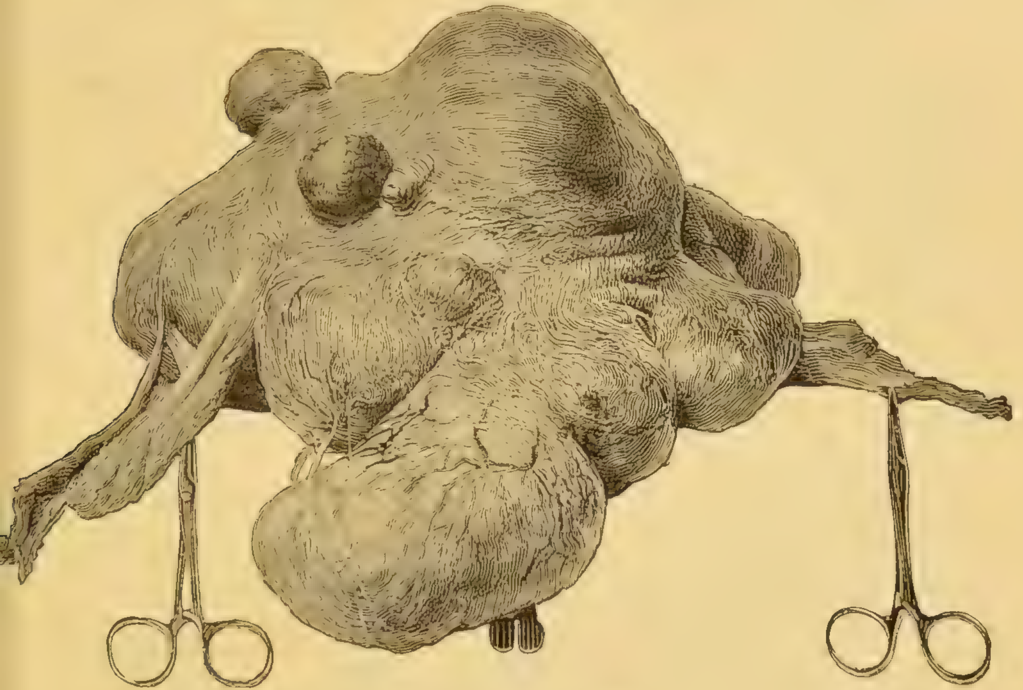


Fig. 17. (d'après une photographie). — Les trois instruments sont disposés comme dans la figure 16, afin de permettre d'apprécier l'important volume du lobe enclavé dans le cul-de-sac de Douglas. On y voit encore quelques vaisseaux et quelques bribes des adhérences au péritoine pelvien.

l'hystérectomie abdominale totale est tellement supérieure à l'opération de Porro, pour obvier aux difficultés spéciales du cas particulier, qu'il n'y eut même pas de discussion.

Les portions supérieures du ligament large furent d'abord sectionnées de chaque côté, en passant entre les annexes et la paroi du bassin. Il en résulte d'emblée une mobilisation beaucoup plus facile de la tumeur.

La décortication du segment inférieur du corps utérin est ensuite entreprise, en partie au bistouri, en partie aux ciseaux. Du côté de la vessie la manœuvre est rapide et relativement facile. Il en est autrement des bords latéraux et de la face postérieure : là on trouve le tissu utérin ramolli, et tellement flasque, qu'on le différencie difficilement d'avec le tissu cellulaire circonvoisin. L'instrument pénètre souvent dans le muscle et l'hémorrhagie se fait de partout ; elle est d'un sang noir; elle bave abondamment, obscurcit le champ opératoire, tandis que l'aide se fatigue de tenir la masse utérine.

Une boutonnière longitudinale est faite au bistouri sur le milieu de la face antérieure du col utérin ; une sonde cannelée solide fait la traversée de l'organe d'avant en arrière. Une forte pince-clamp est placée sur la moitié droite ; une autre semblable sur la moitié gauche ; et aussitôt la tumeur est enlevée par le bistouri.

Sur chacun des deux bords du moignon, on reconnaît (l'éclairage défectueux l'empêchait jusque-là), on reconnaît le tronc de l'artère utérine, dont la couleur est plus blanche que celle des autres tissus, dont la direction est absolument rectiligne et dont il est facile de sentir les battements : son volume est égal à celui d'une artère humérale. Chacune des artères utérines est chargée sur l'aiguille de Deschamps et liée à la soie.

La décortication du moignon est désormais rapide et presque facile ; mais il subsiste toujours un doute imputable au ramollissement de l'utérus : il est impossible de s'en rapporter à la consistance pour différencier le tissu utérin d'avec celui du vagin. Pour parvenir à discerner le dôme vaginal, on n'a d'autre ressource que celle d'introduire le doigt dans l'utérus et d'en chercher la limite : celle-ci est marquée par la saillie en une sorte de languette de chacune des lèvres, (surtout de la lèvre postérieure) du museau de tanche.

La boutonnière médiane est faite sur la face antérieure ; puis la traversée de la sonde cannelée ; enfin l'application des deux pinces-clamps, une de chaque côté, comme précédemment.

Avant d'appliquer les ligatures sur ces deux derniers moignons, on essaye de relâcher la compression des pinces, afin de se rendre compte de la valeur des ligatures antérieurement faites sur chacune des artères utérines : il est facile de se convaincre de la nécessité d'appliquer une double ligature de chaque côté, ce qui est fait au moyen d'un solide fil de soie.

Le lavage du péritoine ramène ensuite une proportion notable de débris hématiques et d'exsudats.

Le drainage de l'hypogastre est fait au moyen de la gaze iodoformée, selon la manière de Mickulicz. — La suture de la paroi de l'abdomen est conduite à trois plans. — Le pansement est antiseptique — et le tampon de gaze iodoformé du vagin est remplacé.

L'opération a duré une heure et quart, pansement compris.

Le drain à la Mickulicz est retiré le troisième jour ; il est teinté de couleur hématique et ramène des débris d'exudats et de caillots des profondeurs de l'hypogastre. — La suture du ventre est achevée.

Il n'y a eu qu'un seul vomissement chloroformique.

L'opérée s'efforce d'allaiter son enfant dès les premiers jours. Elle ne souffre pas et présente un *facies* excellent.

De ce fait je conclus que l'hystérectomie abdominale totale et l'opération césarienne peuvent être faites sans désemparer ;

que cette méthode est aussi réalisable que l'opération de Porro ;

que la technique opératoire peut être la même que celle de l'hystérectomie abdominale totale pratiquée en dehors de la gravidité ;

mais qu'il faut tenir compte de la vascularité beaucoup plus copieuse à la fin de la grossesse que pendant l'état de vacuité.

6 août 1895.

FIBRO-MYOME INTRA LIGAMENTAIRE ; DÉCORTICATION SUIVIE D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

Par M. GUERMONPREZ.

Communication au *Congrès de Gynécologie d'obstétrique et de pœdiatrie de Bordeaux ;* 8-14 août 1895.

S'il est une opération difficile à régler, c'est bien l'extirpation d'une tumeur du ligament large. — La difficulté est plus grande encore lorsque le point de départ de la tumeur est l'utérus.

L'observation suivante présente cependant un intérêt d'un autre ordre par le volume encombrant de la masse, qui, n'étant que de cinq kilos environ, remontait cependant jusqu'à l'épigastre de la malade qui est de petite taille.

Léonie H...., femme Émile Sch..., a été opérée à l'âge de 27 ans. Sa mère raconte que la malade a eu deux métrorrhagies menstruelles à l'âge de 11 ans· après une longue période d'aménorrhée, elle observa, à partir de l'âge de 14 ans des menstrues peu abondantes, non douloureuses et constamment régulières. Elle n'a eu aucune maladie grave antérieure. — Mariée à l'âge de 22 ans, elle habite Warhem (Nord). Elle accouche pour la première fois seize mois plus tard. Le travail est prolongé pendant trois jours ; le placenta n'est retiré que dix heures après l'accouchement par un médecin qui était absent jusque-là. — Pendant la période de vacuité qui suivit

cette délivrance, les règles se succèdent sans aucun incident notable. — La malade devient enceinte pour la seconde fois et accouche le 3 octobre 1893 ; le travail est encore très long ; l'enfant se présente par le siège ; il est mort avant de naître ; et la délivrance s'effectue normalement.

Pendant cette dernière grossesse, la malade a observé une tumeur de la grosseur du poing dans sa fosse iliaque droite : cette tumeur, indolore et peut-être un peu mobile, ne la préoccupe pas tout d'abord : elle en interprète la présence en supposant qu'elle accouchera de deux enfants.

Après son deuxième accouchement, elle remarque la persistance du volume du ventre ; elle continue à sentir sa tumeur et elle croit reconnaître que celle-ci se trouve plus près de l'axe du corps ; elle assure même qu'à cette époque elle pouvait la faire changer de place. De temps en temps, surviennent de légères douleurs en divers points de l'abdomen ; mais, pour cette campagnarde habituée aux rudes travaux des champs, ce sont des douleurs qui offrent peu d'importance. La menstruation continue son évolution naturelle ; il n'y a aucune métrorrhagie pendant les périodes intercalaires : la malade est simplement incommodée : c'est pourquoi M. le Dr Baron, de Rexpoëde, se borne à lui conseiller l'usage d'une ceinture hypogastrique.

Cependant, en septembre 1894 apparaissent des douleurs si violentes, qu'ils lui font cesser tout travail. En même temps, les mictions, qui étaient devenues plus fréquentes et plus hésitantes depuis son second accouchement, lui deviennent plus que jamais incessantes et pénibles. Ces symptômes se calment par le repos et par quelques bains de siège.

En janvier 1895, la miction redevient normale, ou presque normale, tandis que la défécation est entravée par un obstacle, dont la malade se rend parfaitement compte ; elle évacue plusieurs fois par jour de très petites quantités de matières fécales ; mais ce n'est qu'au prix de vives douleurs et de violents efforts. — Vers la même époque apparaissent des pertes

blanches qui deviennent ensuite de plus en plus abondantes.— Elle souffre de tout le ventre lorsqu'elle est couchée; ce sont des tiraillements, dont le point de départ se trouve partout à la fois; elle n'obtient un peu de soulagement et de repos qu'à la condition de se coucher sur son côté gauche, en plaçant un coussin pour soutenir la masse dure de sa tumeur. Indépendamment de ces tiraillements pénibles, qui sont la forme ordinaire et presque continuelle de sa douleur, elle a senti, à plusieurs reprises depuis septembre 1894, d'autres douleurs nettement expulsives et qui ressemblent (c'est son expression) à celles de l'enfantement; ce sont des douleurs de peu de durée et sans périodicité régulière.

A la fin de l'hiver 1894-95, elle est atteinte d'influenza, qui dure environ quatre jours, détermine des vomissements à plusieurs reprises, de l'anorexie, mais aucun accident grave.

En février 1895, M. le D[r] Rémi Vanhoutte (d'Hondschoote), présente la malade à M. Guermonprez. Le diagnostic fibromyome est adopté ; on croit que le siège est utérin avec empiétement sur le ligament large du côté droit. On s'abstient toutefois de proposer une opération immédiate, parce qu'une époque de règles vient de manquer pour la première fois, circonstance qui conduit à envisager la possibilité d'une grossesse encore récente.

Pendant les mois suivants, les menstrues apparaissent régulièrement et il n'y a aucune métrorrhagie pendant les périodes intercalaires.

En juillet 1895, il n'y a aucun mouvement actif, aucun bruit fœtal ; il n'y a pas de ligne brune sur l'abdomen ; les seins sont flasques et ne présentent aucune pigmentation de l'aréole. L'éventualité d'une grossesse est donc écartée. Des injections vaginales à $^1/_{100}$ d'alun ont été prises tous les jours. La malade, très fatiguée de ses longues et violentes douleurs, demande à courir les chances d'une opération quelle qu'elle soit.

A cette époque, l'état général est encore satisfaisant. La malade est une femme de petite taille, modérément replète;

elle est absolument déformée par l'énorme volume de son ventre, qui atteint, dépasse même celui d'une grossesse à terme. La forme de ventre n'est point parfaitement régulière ; il existe une bosselure volumineuse dans la portion gauche de l'épigastre. La répartition de la sonorité indique qu'il s'agit bien d'une tumeur médiane. Les intestins sont refoulés dans les flancs et surtout dans la portion la plus supérieure. La palpation indique une énorme tumeur médiane, très peu lobée, avec une scissure superficielle, située en avant, à gauche et en haut de la malade. Il n'y a pas de véritable bosselure. La consistance est uniformément dure. On croit reconnaître une tumeur secondaire, du volume d'une pomme, de chaque côté du détroit supérieur ; celle de droite est plus facilement accessible que celle de gauche. La masse paraît être mobilisable dans tout son pourtour, excepté dans la fosse iliaque gauche, où elle se trouve absolument fixée. — Par le toucher vaginal, on rencontre une tumeur volumineuse de la même consistance dure que celle du ventre ; cette tumeur remplit toute l'excavation du petit bassin ; elle refoule même un peu le périnée par sa portion la plus inférieure. C'est manifestement ce lobe pelvien de la tumeur, qui refoule de bas en haut la masse de l'utérus, dont le col est absolument inaccessible, même en introduisant deux doigts, quelle que soit l'attitude que l'on donne à la malade. Lorsqu'on donne à celle-ci une injection vaginale, on engloutit toute la canule de verre et encore une portion du tube de caoutchouc, ce qui permet d'évaluer à vingt-deux centimètres la distance qui sépare la vulve d'avec le col utérin. Par ailleurs, le vagin est déplacé et reporté en avant et à gauche de la malade. En combinant cette manœuvre exploratrice et la palpation du ventre, on considère comme probable que le col utérin est reporté en haut, en avant et un peu à gauche, à une distance de trois centimètres au-dessus de la ceinture pelvienne et à gauche de la ligne médiane. — Enfin, il est probable, mais non certain, que le lobe inférieur de la tumeur se trouve dans le ligament large du côté droit de la malade.

L'opération est pratiquée à la maison Saint-Raphaël, de Lille, le 22 juillet 1895, avec la collaboration de MM. les Docteurs Meurisse (de Cysoing) et Plouvier (d'Artres), en présence de MM. Tournade, Vanhoutte, Pollet et Grouhel. Elle a été préparée, la veille, par un bain alcalin, un purgatif, une injection alcaline suivie d'une autre injection à la liqueur de Van Swieten. Les régions ont, d'ailleurs, été nettoyées, après avoir été rasées sous un enduit de savon mou. Il a été fait un tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

Au moment de commencer l'opération sur le lit de Cintrat, les deux injections vaginales sont renouvelées ; puis le cathétérisme vésical montre que la vessie est refoulée très haut et quelque peu entraînée vers la gauche de la malade. Le lavage de la paroi abdominale et celui de la vulve sont successivement assurés, de même que celui des mains des aides et du chirurgien, successivement à l'eau savonneuse chaude, à la liqueur de Van Swieten, à l'alcool à 95° et enfin à l'éther.

L'incision de la paroi abdominale est faite sur la ligne blanche ; elle contourne le côté gauche de l'ombilic et se termine au milieu du creux épigastrique : une partie du grand épiploon est chassée par l'effort de la malade, mais non l'intestin. — On trouve la tumeur obliquement dirigée de haut en bas et de gauche à droite de la malade. Elle est uniformément dure, recouverte dans toute son étendue par le péritoine pariétal, qui glisse à sa surface comme pour toute tumeur du ligament large. On reconnaît l'utérus, qui est exactement appliqué sur la face antérieure de la tumeur ; on reconnaît de même que le cœcum est appliqué sur la portion postéro-externe de la tumeur. Il est donc manifeste que, si la tumeur est bien un volumineux fibro-myôme utérin, conformément aux prévisions admises, elle siège tout entière dans le ligament large.

L'acte opératoire doit donc être une décortication de tumeur solide du ligament large du côté droit.

Dans un premier temps, le chirurgien sectionne, entre deux pinces clamps, le volumineux paquet vasculaire, qui va de la

paroi postéro-externe à la trompe et à l'ovaire du côté droit : le sommet du ligament large est ainsi coupé.

Pour prolonger cette incision, le chirurgien évite la portion externe, où se trouvent, non-seulement l'intestin, mais encore l'uretère droit ; il se borne à la poursuivre du côté interne, en se rapprochant, autant que possible, de l'utérus. Les tractus fibro-celluleux sont ainsi sectionnés les uns après les autres ; quelques-uns laissent écouler un peu de sang, la plupart sont exsangues. — Pour les dégager et pour les sectionner, on confine toujours de très près la surface de la tumeur et sans aucune difficulté.

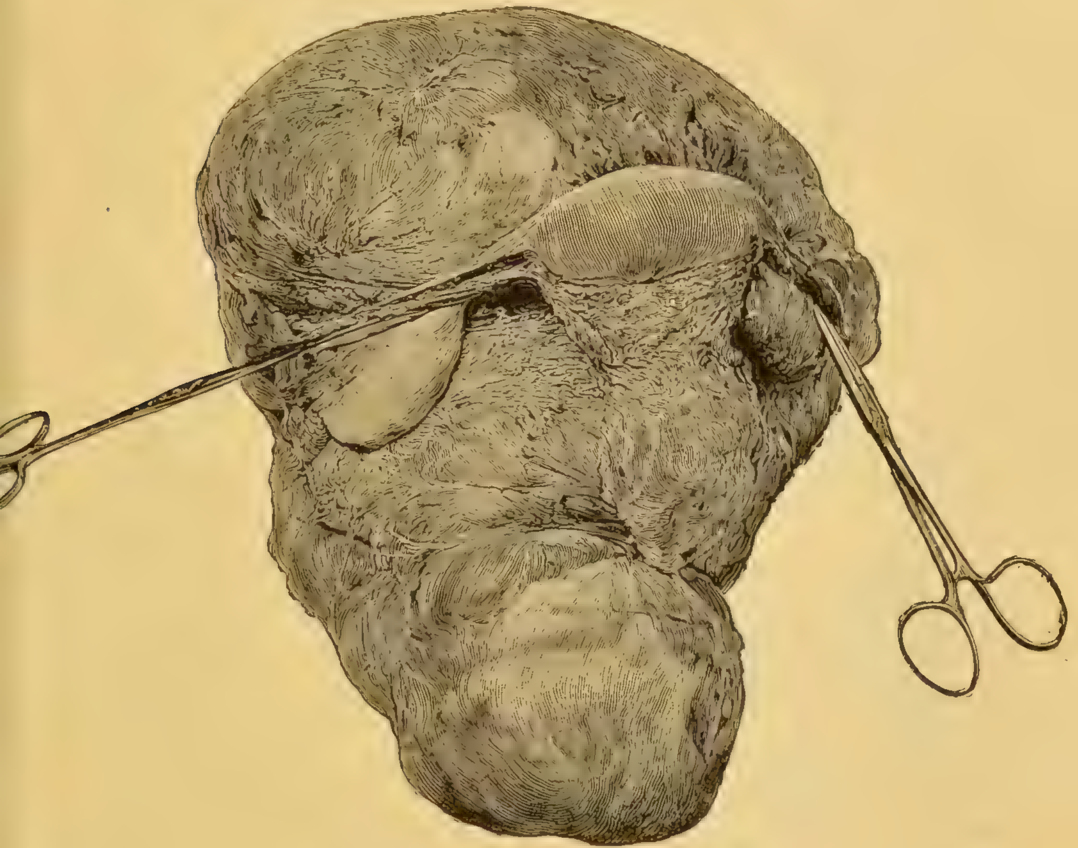


Fig. 18. (d'après une photographie). — L'utérus et les annexes ont été réappliqués sur la tumeur, afin de rétablir, autant que possible, les rapports primitifs. Les pinces à pression indiquent où se trouve le bord supérieur et moyen de chaque ligament large.

La portion qui se présente le plus à découvert est la portion externe : mais c'est celle dont les rapports anatomiques exposent le plus aux accidents opératoires ; au contraire, l'insertion de la tumeur sur la face postéro-inférieure de l'utérus ne paraît pas être très vasculaire : c'est pourquoi la tumeur est désinsérée de son point d'origine au moyen de coups de ciseaux répétés successivement. La main est ensuite passée entre la tumeur et la paroi du petit bassin, à travers un tissu cellulaire lâche.

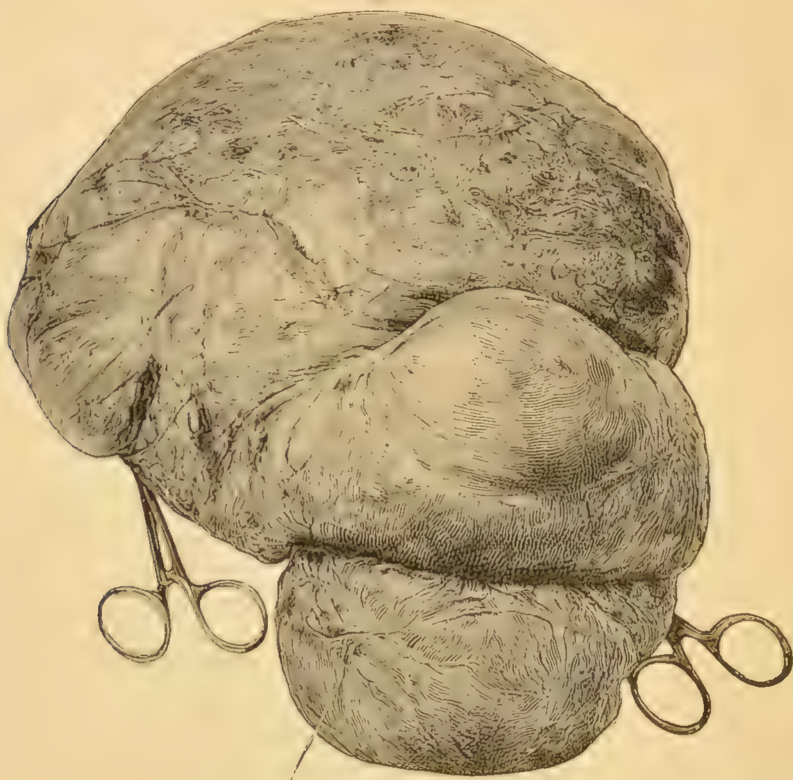


Fig. 19. (d'après une photographie). — Face postérieure de la tumeur, pour montrer les lobes inférieurs, dont l'un descendait jusqu'au périnée.

Les doigts pénètrent progressivement de plus en plus profondément, en confinant toujours de très près la paroi de la tumeur. — Lorsqu'un tractus fibreux important est constitué, il

est pris par une pince à forcipressure et sectionné à ras de la tumeur. — Peu à peu, tout le pourtour de la tumeur pelvienne est ainsi différencié et l'énucléation s'en effectue sans accident.

Toute la masse est ensuite basculée de dedans en dehors, et la décortication est achevée dans la portion externe, qui répond à l'uretère et à l'intestin, sans que l'un ni l'autre de ces organes soit directement mis à nu. — Il y a 35 minutes que l'opération est commencée.

La tumeur pèse 4.900 grammes.

L'utérus mis à découvert pourrait peut-être ne pas susciter de nouveau processus morbide ; mais il est manifestement augmenté de volume dans toutes ses dimensions ; il est privé des vaisseaux utéro-ovariens du côté droit ; il est sectionné sur plus de la moitié de sa portion postérieure droite. Tout le ligament large de ce côté se trouve irrévocablement voué à une rétraction cicatricielle incompatible avec l'amplitude éventuelle de l'organe utérin. Pour tous ces motifs, et aussi pour assurer le libre écoulement des liquides, et pour mettre l'opérée à l'abri des rechutes éventuelles, l'hystérectomie abdominale totale est décidée : un seul des consultants a émis un avis contraire.

Cette opération complémentaire n'est traversée que par un seul incident : la difficulté de discerner la consistance du col utérin sans introduire le doigt dans le vagin : en même temps que l'organe s'allongeait (jusqu'à atteindre 14 ou 15 centimètres pour l'utérus entier,) en même temps la consistance de la portion cervicale s'assouplissait jusqu'à se confondre avec celle du vagin. Un assistant vint élucider le doute en pratiquant le toucher vaginal. Le dégagement du col utérin fut conduit comme de coutume à partir du repli péritonéal vésico-utérin ; puis la boutonnière, pratiquée sur la portion antérieure du dome vaginal, fut traversée par la transfixion de la sonde cannelée ; et, tandis que des pinces-clamps faisaient l'hémostase provisoire, l'utérus fut enlevé en entier avec ses annexes, sans que le chirurgien eut porté la main dans le vagin,

L'hémostase définitive est ensuite assurée au moyen de nombreuses ligatures à la soie ou au catgut.

Le lavage est prolongé longtemps dans la cavité celluleuse du ligament large désormais déshabitée ; il est rapidement complété dans le cul de sac de Douglas.

Aucune portion n'est excisée de l'ample feuillet flottant du ligament large, dont l'incisure se termine sur le côté droit du dome vaginal. Il n'y est pas non plus fait de suture.

La paroi abdominale antérieure est reconstituée par les trois plans de suture habituels, dont deux profonds au catgut n° 2 et un superficiel au crin de Florence. — Un drainage à la Mickulicz est placé dans la cavité du ligament large et sort par la région sus-pubienne. — Un tampon vaginal à la gaze iodoformée est poussé assez profondément pour rapprocher les parois de la cavité du ligament.

Le lendemain, l'écoulement séro sanguinolent s'est effectué par le drainage à la Mickulicz et non pas par le vagin.

Le surlendemain, une parésie de l'intestin accompagnée de vomissements est combattue par une dose de quinze centigrammes d'extrait de coloquinte dans du vin de Malaga.

Le troisième jour, le drainage à la Mickulicz est supprimé ; la gaze iodoformée est fortement teintée de sang noir dans les parties les plus déclives

Le dixième jour, le renouvellement du tampon vaginal de gaze iodoformée est accompagné d'une évacuation de liquide sanguinolent, en partie noirâtre, en partie rougeâtre.

Pendant les jours suivants, le suintement est minime et simplement teinté de sang. L'état général se maintient excellent ; toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement ; et la malade guérit et retourne à Warhem.

De ce fait on peut tirer bien des conclusions; mais, pour ne pas abuser de la bienveillance du Congrès, je me borne aux principales :

I. — La première confirme la notion de l'inanité de l'hystérectomie abdominale totale, quel qu'en soit le procédé, lorsque la tumeur est un fibro-myome intra-ligamentaire. La seule méthode d'exérèse qui soit alors applicable est *la décortication*. — Dans la réalisation de cette méthode, le chirurgien reste juge des indications fournies par chaque cas particulier : ces indications aboutissent toutes au même résultat : la décortication.

II. La seconde se rapporte à l'hystérectomie abdominale totale comme *opération complémentaire ;* celle-ci assure le libre écoulement des liquides fournis par le foyer de l'opération principale.

La succession immédiate de deux opérations pratiquées coup sur coup ajoute incontestablement à la gravité de l'acte opératoire ; mais il ne faut pas perdre de vue qu'elle ajoute d'importantes chances de succès pour guérir un processus morbide, dont les douleurs prolongées et la rapide évolution rendent la survie excessivement pénible et démontrent l'incontestable gravité.

III. — La troisième conclusion se rapporte à la sincère réalisation des deux opérations par *la voie abdominale seule*, à l'exclusion de toute manœuvre par la voie vaginale.

L'exploration vaginale, pratiquée au cours de l'opération, n'a eu pour but que d'élucider un doute : une hardiesse plus grande l'aurait écartée. Cette exploration pourrait d'ailleurs être supprimée.

Congrès de Gynécologie, d'obstétrique et de poediatrie de Bordeaux ; section de gynécologie : du 8 au 14 août 1895.

QUELQUES RECTIFICATIONS

par Fr. Guermonprez.

Chacun sait combien stériles et décevantes sont les querelles et les revendications personnelles. On n'en trouvera pas ici.

Toutefois, quand plusieurs se rencontrent sur un terrain étroit, il arrive que des malentendus s'entretiennent et que des récriminations, primitivement discrètes, sont envenimées par des tiers.— Mieux vaut une explication directe pour éclairer tout critique de bonne foi.

1. — M. Péan ne nomme personne, lorsqu'il écrit ces lignes : « J'apprécie les efforts de ceux qui, comme nous, ne négligent » aucune occasion, au cours de l'hystérectomie, de remplacer » la ligature par le pincement préventif et définitif des » vaisseaux, *lors même qu'ils cherchent à s'attribuer ma* » *méthode*, puisqu'ils démontrent tout le parti que l'on peut » en tirer au cours des opérations chirurgicales.» (*Gazette des hôpitaux,* 6 août 1895, page 904, 2).

On a vu, dans les pages qui précèdent, quelle est l'importance des « *pinces-clamps* » pour l'exécution de divers temps opératoires de l'hystérectomie abdominale totale. Si le nom de M. Péan ne s'y trouve pas, il n'y en a guère d'autre qui lui soit substitué. Une exception est faite lorsqu'il est question de pinces à pression énergique et d'un modèle spécial, qu'on s'accorde à attribuer à M. L.-G. Richelot. C'est pour être

exact que je me suis servi de cette expression nominale; ce n'est pas pour contester la part de M. Péan dans la manière de faire de l'hémostase préalable au moyen d'instruments à pression continue et maniables par l'intermédiaire de deux anneaux disposés comme ceux d'une paire de ciseaux. — Si un doute a existé sur ce point je tiens à le supprimer.

La forme anonyme est encore celle de M. Péan, lorsqu'il met en cause « *ceux qui cherchent à s'attribuer sa méthode* ». — Si je me trouve personnellement visé dans ce passage, je renvoie le lecteur à la page 29 de la présente brochure. Dès ma première communication sur la question (15 septembre 1891), j'ai tenu pour incontestable le fait de l'ablation de la totalité de l'utérus, par la voie abdominale, non pas pour un cancer, mais bien pour une tumeur fibro-cystique; j'ai pris le soin d'y ajouter le nom et la date : M. Péan; 22 septembre 1869. J'ai donc reconnu le fait qui appartient à M. Péan; mais je ne lui ai pas attribué « la méthode » de l'hystérectomie abdominale totale. En la lui attribuant, j'aurais cru commettre une injustice. D'après les documents historiques, je pense que « la méthode » ne lui appartient pas plus qu'à moi. — Si au mot « méthode » on substitue le mot « procédé, » il devient plus facile de départager la priorité. L'hystérectomie abdominale est une méthode opératoire, dont la priorité n'est pas discutée ici. Les procédés pour réaliser cette opération sont nombreux. M. Péan a son procédé; plusieurs s'accordent à m'en reconnaître un autre. Sur la question de priorité, celui de M. Péan est, de vingt-deux ans, antérieur au mien; mais l'un n'est pas l'autre. —Pour conclure sur ce point, je crois que la « méthode » est antérieure à M. Péan ; — je pense que son « procédé » diffère assez grandement de celui que j'ai proposé, pour me mettre à l'abri du reproche de me l'être attribué.

2. — M. E. Gentilhomme écrit : « M. Gouilloud, puis » M. Guermonprez, de Lille, prônent l'hystérectomie abdo-

» mino-vaginale, dans les cas de gros fibrômes; ils donnent » même une technique opératoire. » (*Hystérectomie abdominale; technique; critique; résultats;* thèse de Paris; 1894, page 88).

Je proteste contre l'opinion qui m'est prêtée par M. E. Gentilhomme. Jamais je n'ai préconisé l'hystérectomie abdomino-vaginale dans les cas de gros fibrômes. Jamais je n'ai donné de technique opératoire pour pratiquer l'hystérectomie abdomino-vaginale. Il n'y a pas une ligne qui permette de m'attribuer une opinion qui m'est prêtée par M. E. Gentilhomme par une erreur, ou plutôt par une confusion. Il aura confondu mon opinion avec celle de l'honorable M. Gouilloud. Ce sont deux opinions absolument distinctes. L'estimable chirurgien lyonnais n'est pas embarrassé pour défendre la sienne ; je revendique l'indépendance de l'opinion qui m'appartient.

3. — M. E. Gentilhomme reproduit le reproche qui me transformerait en un plagiaire de Freund.

En principe, je suis absolument opposé à toute opération, qui oppose à un cancer, une manœuvre chirurgicale qui ressemble de près ou de loin au morcellement. — Ce n'est pas le lieu d'exposer mes arguments. — Le lecteur curieux les trouvera dans ma leçon de novembre 1891 sur la prudence en thérapeutique, notamment pages 29 à 36.

Sans doute il m'est une fois arrivé d'avoir la surprise de rencontrer un cancer utérin coïncidant avec un fibrôme (Observation III, page 52). L'erreur est facile ; et je ne suis, ni le premier, ni le seul à l'avoir commise. Cette fois, ce fut une surprise ; — mais, dans d'autres cas, j'ai eu la bonne fortune de reconnaître la coexistence du cancer et du fibrôme ; et ce me fut un motif de refuser l'hystérectomie, qui m'était demandée par le médecin de la famille.

Je n'ignore pas que mon opinion sur ce point est loin d'être partagée par mes contemporains Ce n'est pas le lieu d'en disserter; il me suffit d'en affirmer l'authenticité : — Je n'opère

pas les cancers utérins ; — M. Freund les opère : — M. Freund et moi nous trouvons, sur ce point, dans une opposition aussi complète que possible.

Sur la question de principe, M. E. Gentilhomme a donc confondu les deux extrêmes : — M. Freund est absolument partisan de l'hystérectomie pour le cancer utérin ; — je suis absolument opposé à toute opération, quelle qu'elle soit, pour le cancer utérin.

Sur la question de fait, le plagiat est à examiner. J'y répugne tellement que, dans ma communication du 15 septembre 1891, je me suis gardé de présenter mon procédé comme un procédé personnel. — Je n'ai rien trouvé qui ressemble aux moyens, dont j'ai cru devoir prendre l'initiative ; — mais, je n'ai pas la fatuité de croire qu'il me soit possible d'épuiser les recherches bibliographiques suscitées par cette intéressante question. Les revendications personnelles me semblent, d'ailleurs, trop décevantes. C'est pourquoi je me suis borné à présenter le procédé, que j'ai proposé comme « un procédé probablement nouveau, en tout cas, peu connu. » Lorsque des recherches historiques ultérieures auront démontré que la priorité appartient à autrui, je ne laisserai à personne le soin d'en reconnaître l'authenticité. Jusqu'à ce jour, personne n'a fourni cette démonstration. La priorité n'est donc pas déplacée.

Le fait concret du plagiat de Freund est cependant à examiner.

S'il faut en croire M. P. Pozzi, « l'opération de Freund, telle » qu'elle est actuellement pratiquée, n'est, en somme, qu'un » retour à une opération proposée par F. Delpech (*Arch. gén.* » *de méd.* Paris, 1830 ; 1re série ; XXIV, 299), une combinai- » son de la méthode hypogastrique et de la méthode vaginale. » L'opération typique de Freund, celle qu'il a décrite dans ses » premiers mémoires, n'est plus, en effet, pratiquée par son » auteur lui-même, sans la modification que Rydygier a » proposée, à l'instar de Delpech, et consiste à libérer d'abord » complètement le col, du côté du vagin, avant d'ouvrir

» l'abdomen. » (*Traité de gynécologie*; deuxième édition; Paris, 1892, p. 445). — L'opération de Freund est donc une hystérectomie abdomino-vaginale, c'est-à-dire une opération que je n'ai jamais préconisée, une opération dont je n'ai jamais donné de technique opératoire. — Dans l'ensemble, l'opération de Freund rentre dans le groupe des procédés d'hystérectomie mixte, ou par les deux voies; tandis que ma proposition se rapporte à une opération exclusivement abdominale, c'est-à-dire qui appartient à un groupe absolument différent.

Dans le détail, il peut se trouver bien des similitudes entre les deux opérations mises en comparaison. Mais, qu'importe que les bistouris soient les mêmes, que la table à opération ne diffère pas, que la distribution des aides soit identique? Pour serrer de près la discussion, ce sont les temps opératoires qu'il faut mettre en parallèle. — Le 1er et le 2e temps de l'opération de Freund appartiennent à l'hystérectomie vaginale. On n'en trouve pas trace dans mes propositions, par ce motif très simple que je les repousse systématiquement (1). — Le 3e temps consiste à ouvrir le ventre sur la ligne blanche. Sur ce point, il n'y a aucune différence entre les deux opérations : je n'hésite pas à le reconnaître. — Le 4e temps de l'opération de Freund comprend la ligature et la section des ligaments larges. Là s'accumulent les contrastes. Freund commence par saisir l'utérus au moyen de pinces de Museux et il l'attire fortement en haut; je commence par sectionner chacun des deux ligaments larges entre deux pinces; ensuite seulement, j'attire l'utérus de bas en haut et je tiens ces détails pour des éléments très importants de mon procédé. Freund lie successivement les ligaments larges en trois paquets, avant de les sectionner; je les pince, au lieu de les lier avant la section. Freund, dans

---

(1) Je constate que plusieurs ont suivi les indications que j'ai précisées, parce que *les deux premiers temps, dont il s'agit, sont irréalisables*, lorsque le col est situé très haut, ou bien lorsqu'il n'est pas mobilisable, ou bien encore lorsque l'utérus fibromateux est étroitement enclavé.

ses premières opérations, liait l'artère utérine par l'abdomen : il portait le fil en se servant d'une sorte d'aiguille-trocart, dont la pointe pouvait être poussée hors de la canule et venait ensuite s'y cacher par l'effet d'un ressort. Dans ses opérations actuelles, il lie l'artère utérine par le vagin. Je n'ai rien proposé qui ressemble à l'une ni à l'autre de ces deux manœuvres opératoires. Freund ne place aucune pince avant de faire une section. J'en place dans les régions des vaisseaux. Freund sépare la vessie d'avec l'utérus avec de grandes précautions. Je me suis efforcé d'indiquer les points de repères et les moyens de réaliser ce temps de l'opération. Freund ne fait aucune boutonnière à la face antérieure du dôme vaginal ; il ne fait aucune transfixion de cette portion anatomique ; il ne fait aucun pincement préventif de la terminaison supérieure du vagin. Je fais de ces diverses manœuvres une série de caractères du procédé que j'ai cru devoir proposer, parce qu'elles me paraissent parfaitement réalisables et parce qu'elles me paraissent de nature à donner de réelles et importantes garanties contre les accidents opératoires. — Le 5e temps de l'opération de Freund consiste à fermer avec soin la plaie vaginale, en réunissant le péritoine au-dessus d'elle par des sutures. Je laisse le dôme vaginal absolument ouvert et ne fais aucune suture du péritoine du petit bassin. « Freund ramène les fils de ligature par le vagin » et il exerce une traction plus forte sur les fils qui lient les » parties supérieures des ligaments larges et provoque ainsi » leur inversion destinée à donner lieu à un noyau cicatriciel, » qui prendra la place de l'utérus entre la vessie et le rectum.» Après Freund, on a ramené les fils de ligature par le vagin ; mais ce n'est pas moi qui ai, sur ce point, imité l'exemple de Freund. M. E. Gentilhomme a, une fois encore, fait une confusion. Qu'il ne se borne plus à des recherches de seconde main ; et il s'épargnera un démenti, en citant de confiance une statistique qui m'attribue « 1 cas avec 3 morts. » — (1) Cette

(1) Un autre critique, M. le docteur Le Moniet, donne loyalement la statistique vraie (voir page 202).

statistique n'a jamais été vraie. — Celui qui l'a imaginée ne l'ignore pas. Il est intéressé à demander que je ne cherche plus à prétendre que mon prétendu procédé n'est autre que celui de Freund. — La saine critique scientifique est plus calme et plus désintéressée. Elle ne se contente pas d'affirmer ; elle donne des preuves.

4. — Pour M. Péan, « il ne faut pas imiter la conduite de » certains chirurgiens qui, dans le but d'attacher leur nom à » un procédé, l'adoptent d'une façon trop exclusive. »

Ma communication au *Congrès de gynécologie de Bordeaux* en août 1895 me semble de nature à me séparer des exclusivistes systématiques.

5. — D'après M. le docteur Le Moniet, « le procédé a » un défaut ; il n'a pas été appliqué, du moins par M. Guermonprez, aux tumeurs volumineuses, les seules, (de l'avis » de M. Le Moniet), qui doivent relever de l'hystérectomie » abdominale totale : il n'a donc pas reçu la consécration » opératoire des autres procédés. » (*Hystérectomie abdominale totale et hystérectomie abdomino-vaginale pour fibrômes de l'utérus*. Thèse de Paris, 1894; p. 79.)

Cette objection était justifiée en 1894, parce qu'à cette date, les opérations de tumeurs volumineuses enlevées par mon procédé n'avaient pas été publiées.

Il n'en est plus de même aujourd'hui.

La sanction clinique, objet des réserves formulées par M. le docteur Le Moniet, est désormais acquise : 4.000 grammes (p. 69); 2.700. (p. 82); 5.200, (p. 84): 3.750, (p. 181) ; 4.900 (p. 191) ; sont des chiffres, qui indiquent suffisamment l'importante volume de la tumeur. Toutes ces opérées ont guéri. Donc la « consécration opératoire » existe.

6. — Pour M. le docteur Le Moniet, « la transfixion antéro- » postérieure du vagin ne semble pas être une manœuvre

» précise, rigoureuse, comme la libération du col dans les
» procédé de Chrobak et de Martin. » (P. 79.)

Je dois reconnaître que, dans la description de ce temps opératoire, les avantages et les difficultés n'ont peut-être pas été exposées avec un soin suffisamment précis.

Avant d'en arriver à la transfixion du dôme vaginal, il faut en approcher. — Deux temps opératoires y ont antérieurement pourvu : c'est d'abord la section des ligaments larges ; c'est ensuite le dégagement de la vessie et son refoulement en avant. Ces deux temps sont toujours très efficaces pour faciliter l'accès du dôme vaginal ; mais ils ne sont pas toujours suffisants. — Lorsque la tumeur est très volumineuse, il faut encore faire un débridement « d'approche. » Je l'ai plusieurs fois pratiqué, mais non encore décrit. Il est, si je ne me trompe, imité de la pratique de M. A. Martin (de Berlin).

Il arrive, en effet, qu'une étendue de dix, et même quinze centimètres de ligament large retienne la masse fibro-utérine à la paroi du petit bassin, au moment où la vessie est suffisamment dégagée, c'est-à-dire au moment où toute la face antérieure est correctement décortiquée. — Quelques chirurgiens continuent la décortication en arrière et sur les portions latérales. — J'applique une pince-clamp, (dont la forme et la courbure sont appropriées aux circonstances,) sur la portion découverte du ligament large. Cette pince est appliquée absolument contre le bord de l'utérus ; elle ne comprend entre ses mors que le feuillet péritonéal postérieur du ligament large et tout le tissu cellulaire et les vaisseaux du ligament large. Entre cette pince et l'utérus, j'applique une seconde pince ; (cette manœuvre semble invraisemblable : elle est cependant réalisable, quand on prend soin de disposer les pinces-clamps par paires et de superposer une seconde pince exactement semblable à la première.) Le ligament large est sectionné entre les deux pinces. (P. 82 ; n° 4°). — Ce débridement « d'approche » est fait à gauche et à droite ; il est, au besoin, répété, jusqu'à ce que le dôme vaginal soit devenu suffisamment accessible.

Pour apprécier la précision et la rigoureuse exactitude de cette manœuvre, il est bon de l'avoir pratiquée sur le cadavre. On est alors surpris de sa simplicité.

Sur le vivant, il faut tenir compte des surprises de chaque cas particulier ; il faut effectuer le « travail d'approche, » sur lequel je n'ai pas suffisamment insisté antérieurement. — Cette méthode permet d'arriver jusqu'au dôme vaginal, tout aussi facilement, et même plus rapidement, que la façon de Chrobak pour constituer la collerette, — Elle évite la manœuvre si laborieuse, que conseille Martin, de Berlin, pour ouvrir le cul-de-sac postérieur et porter l'incision directement sur la face postérieure du col utérin.

C'est parce que j'ai vu pratiquer les manœuvres conseillées par Chrobak et Martin ; c'est parce que j'ai constaté combien elles sont incertaines et pénibles ; c'est pour ces motifs, que je me suis déterminé à tenter la transfixion du dôme vaginal avec application des deux dernières pinces-clamps, immédiatement avant d'achever l'exérèse de la masse fibro-utérine.

Sans être facile, — cette manœuvre est rationnelle, méthodique et sûre.

7. — M. le docteur Le Moniet dit le mot juste, en ajoutant « que les résultats connus ne plaident pas suffisamment en » faveur du procédé, (3 opérations, 2 morts). » (P. 79.)

C'était vrai en 1894 : et j'ai eu le chagrin de douter du procédé que j'avais moi-même proposé, lors qu'après une série de cinq opération dont deux morts, j'ai eu la déception d'une série de trois mortes coup sur coup, et toutes trois, par péritonite septique..... Pendant de longs mois, j'ai renoncé à tenter cette opération ; et j'ai préféré laisser mourir les malades par d'autres procédés et en d'autres mains.

Ce sont des amis fidèles et dévoués, qui m'ont prodigué leurs encouragements et qui se sont multipliés pour m'assister à recommencer les mêmes opérations dans des conditions différentes. — Je leur suis redevable d'une nouvelle série de quatre guérisons.

Ma statistique actuelle et complète porte donc sur douze cas, avec cinq morts.

C'est encore une mortalité de 42 %, par conséquent très supérieure à la mortalité de 14 32 %, que donne M. Le Moniet pour 342 cas d'hystérectomie abdomidale totale.

Que l'objection personnelle soit mise de côté, on appréciera davantage la valeur réelle du procédé. — Pour être utile, c'est la valeur intrinsèque de la proposition, qu'il faut rechercher, en la dégageant de tout élément contingent.

Lille, 27 septembre 1895.

TABLE DES NOMS D'AUTEURS.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

Lille imp. L. Danel.

